

La necesidad de cuidado: un reto político, social e institucional

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

La necesidad de cuidado: un reto político, social e institucional

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
La necesidad de cuidado: un reto político, social e institucional Nº 68 (2024)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-09-60748-8 Depósito Legal: B 8021-2024

Cuadernos
de la Fundació 68
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Presentación

Montserrat Busquets 7

El cuidado, un derecho y un deber universales

Victòria Camps 13

Cuidar a las personas mayores democráticamente y contando con ellas

Joan C. Tronto 25

Políticas públicas de cuidado: ¿democráticas y eficientes?

El rol de los servicios públicos en la crisis de los cuidados: diagnóstico y soluciones

David Palomera 48

La responsabilidad de la Administración desde la perspectiva de una enfermera

Carme Planas 60

Relación de autores 68

Títulos publicados 70

PRESENTACIÓN

Sabemos que la necesidad de cuidados es universal. Sabemos que todas las personas necesitamos cuidados y que esta necesidad se acrecienta en determinados periodos de nuestra vida, por ejemplo, en la vejez, la infancia o al estar enfermos. Sabemos que los determinantes sociales como la pobreza, la soledad, el género... son factores que generan necesidad de cuidados. Sabemos también que el cuidado es un concepto, un proceso y una práctica relacional, inclusiva y contextual, y que aporta elementos que ayudan a la construcción de una sociedad más justa y democrática. Sin embargo, la preocupación por el cuidado desde las instituciones sociales y sanitarias y desde las Administraciones públicas, todavía es hoy incipiente. El cuidado permanece en una esfera particular, privada, que es frecuentemente invisible y poco valorada. Relacionar el cuidado con la reflexión ética es imprescindible, no solo para comprender mejor las prácticas de cuidado, sino también para considerarlo como un proceso enlazado con las culturas institucionales y las políticas de salud y sociales. La responsabilidad de cuidar es de todos, no solo de las personas individuales y las familias.

La Fundació Víctor Grífols i Lucas ha realizado diversos seminarios y foros de debate, con sus posteriores publicaciones, sobre el cuidado y la ética del cuidado, contribuyendo de este modo al impulso para el cambio hacia instituciones más cuidadoras y democráticas. Lejos de entender que la bioética y el cuidado se contraponen, los seminarios y jornadas han mostrado que ambos pueden retroalimentarse, y que una sociedad más justa, benéfica y autónoma requiere tomar conciencia y responsabilidad de la fragilidad humana y de la necesidad de interrelación. Tienen en sus manos el manuscrito de la XIV Conferencia Egozcue que, bajo el título de «La necesidad de cuidado: un reto político, social e institucional», de la mano de Victòria Camps, Joan Tronto, David Palomera y Carme Planas analiza el cuidado de las personas mayores.

Victòria Camps plantea la comprensión del cuidado como un deber, todos debemos autocuidarnos y cuidar a los demás, y como un derecho, aunque

todavía no esté reconocido jurídicamente, que requiere la intervención del Estado y sus instituciones. Analiza la responsabilidad de cuidar de uno mismo para cuidar a los demás y enmarcar la responsabilidad de las instituciones al respecto. Relaciona el autocuidado con la libertad de la persona, que «no debe dejar de examinar lo que hace y por qué lo hace», de forma no egoísta ni en contraposición con los demás. Estos argumentos fortalecen la inclusión de la voz de las personas cuando no pueden cuidar de sí mismas, de manera que la satisfacción de sus necesidades se defina y realice con su participación activa y proactiva, y se horizontalice la relación de poder que se establece cuando se trabaja solo desde la perspectiva del cuidador y/o de las instituciones. A su vez Victòria Camps fija la atención en el poder desmenuzando los entresijos de las relaciones entre quién precisa el cuidado y quién lo brinda, ya sea una persona o institución, para que realmente pueda tratarse de una relación solícita y respetuosa para todos sus protagonistas. Relación que tiene un carácter intangible que hace difícil identificar, organizar y evaluar las acciones de cuidados. A su vez al considerar el cuidado como un derecho apela no solo a la responsabilidad individual sino también a la de las Administraciones públicas, con un papel central. Denuncia la desatención actual de las necesidades de cuidados, más acuciante en algunos sectores de la población como el de las personas mayores, que califica como negligente. Para ello apela a la construcción de entornos cuidadores, en los que identifica las profesiones de cuidados, especialmente la enfermería y el trabajo social. Finalmente refuerza el cuidado centrado realmente en las personas, para lo que es esencial contar con ellas tanto en la detección de las situaciones de necesidad como en la forma de abordarlas y evaluarlas.

En el segundo capítulo, Joan Tronto aporta una reflexión teórica desde la perspectiva de la política social de forma relacional y en contextos de participación. Presenta causas de mal cuidado que denomina cuidado nocivo. Entre ellas el peligro que implica la idea de «normalizar» el cuidado y entenderlo como un problema de las personas mayores, porque ello supone que en esta etapa de la vida las personas son diferentes y son consideradas como un grupo más o menos homogéneo separado del resto, para el que se definen y organizan las acciones de cuidados que supuestamente necesitan, tanto individual como institucionalmente. Frente a este planteamiento Joan Tronto

propone que no se trata de «organizar una sociedad para cuidar de sus miembros, sino de construir formas de sociedad que sean solidarias con todos ellos». Para esta construcción analiza tres conceptos: carga, voz y presencia. El cuidado es una carga cuando se presume que las personas mayores no pueden cuidar de sí mismas y hay que competir por los recursos necesarios. Sin embargo, de acuerdo con la ética del cuidado las personas mayores deben poder ser y sentirse involucradas, lo que supone generar contextos en los que puedan hacer oír su voz y en los que puedan ser escuchadas. Al igual que Victòria Camps se detiene en el aspecto intangible del cuidado identificándolo como la presencia de quién cuida que precisa de un importante compromiso, dado que en las situaciones de cuidados con frecuencia hay sufrimiento. Al tiempo que la presencia requiere dedicación, tiempo, y a menudo implica una profunda reorganización en la vida de quienes cuidan. Por ello se cuestiona quién debe realizar dicho esfuerzo y nos impulsa a pensar cómo sería «una sociedad que tuviera como objetivo que todas las personas pudieran vivir lo mejor posible su etapa final de la vida».

Por su parte, la participación de David Palomera aporta el análisis de los cambios necesarios en nuestro sistema social de cuidados a las personas mayores, para una reforma organizativa que fortalezca y expanda las instituciones comunitarias. El autor analiza las lógicas organizativas actuales en la provisión de cuidados. Critica el modelo de Gestión Pública actual que no consigue dar respuesta al cambio del modelo familiarista al modelo de asistencia social. Analiza las consecuencias de este modelo que da lugar a la intervención de la asistencia privada y que ha supuesto una mayor burocratización de los procesos administrativos y la mercantilización de los servicios, además de generar relaciones de desconfianza y pérdida de autonomía de los cuidadores para ejercer su trabajo. Las reformas realizadas, en lugar de permitir la flexibilidad que requiere el proceso de cuidados benefician a sectores particulares, con el riesgo de la entrada de empresas con exclusivo ánimo de lucro, que precisaría de un mayor control democrático. Señala la paradoja de que, a pesar del beneficio monetario, persisten unas malas condiciones de trabajo para las cuidadoras, que repercuten en ellas mismas y en la calidad del servicio que prestan. David Palomera finaliza con una propuesta de cambio hacia estructuras de provisión de cuidados que unifican la atención social

y la sanitaria, proporcionando una atención comunitaria integral que sobrepasa la separación de lo social y lo sanitario, y que propone un trabajo conjunto de los diferentes niveles de la organización administrativa. De manera que «no solo revaloricen el rol del Estado en la provisión del cuidado, sino que también reconfiguren y reorganicen las instituciones del Estado, el mercado, la familia y la comunidad para fortalecer las lógicas del cuidado en nuestra sociedad».

En el último capítulo se encuentra la intervención de Carme Planas que aporta la visión de la Administración para el cambio hacia políticas de cuidado democráticas y efectivas. La autora relaciona las políticas de cuidado con políticas humanísticas porque, de acuerdo con los autores precedentes, cuentan con la participación de todos los actores, pero también porque buscan la distribución justa y equitativa de los recursos y apelan a la responsabilidad de los profesionales. Para Carme Planas el cuidado es transversal por lo que debe estar presente en todas las políticas que se propongan y lleven a cabo, pero a la vez cuestiona si la puesta en práctica de las políticas actuales de salud, en condiciones reales, es eficaz y eficiente. Para ello propone priorizar la perspectiva de las personas cuidadas por lo que la Administración debe privilegiar el bienestar, comprender las causas de sufrimiento y actuar en consecuencia. Para ello, Carme Planas enuncia como aspectos clave la responsabilidad de los profesionales en el cuidado y autocuidado, la distribución de recursos justa que promueva prácticas sostenibles y el uso de la tecnología como instrumento del cuidado. En definitiva, plantea el compromiso esencial e ineludible de la Administración en la formulación, planificación, implementación y evaluación de las políticas públicas para el cuidado.

El texto que tienen en sus manos consolida la idea que el cuidado es político, es imprescindible y responsabilidad de todos. Aporta numerosos y valiosos conceptos para el análisis ético indispensable de la cultura actual del cuidado de las personas mayores, con la intención de proporcionar argumentos para consolidar una sociedad verdaderamente cuidadora.

Montserrat Busquets

Vicepresidenta de la Fundació Víctor Grifols i Lucas

FUNDACIÓ
VÍCTOR GRIFOLS I LUCAS

El cuidado, un derecho y un deber universales

Victòria Camps

Filósofa y presidenta de la Fundació Víctor Grifols i Lucas

Por distintas razones que no es necesario analizar ahora, la referencia al cuidado como un valor ético es ya una idea que no se discute y que ha empezado a formar parte del acervo de bienes básicos que un Estado social de derecho está en la obligación de garantizar. La actividad de cuidar ha dejado de ser una tarea doméstica necesaria pero irrelevante para empezar a ser reclamada como un derecho universal del mismo nivel que otros derechos tan irrenunciables como la sanidad o la educación. Que todos los seres humanos tienen derecho a ser cuidados cuando lo necesitan es una exigencia que debería ser explícitamente reconocida en la lista de derechos fundamentales.

Cuando pensamos en la necesidad de cuidados nos referimos básicamente a los dos extremos de la vida humana: la infancia y la vejez. A ambos extremos hay que añadir que las personas discapacitadas, cuya diversidad funcional las hace dependientes de la ayuda de los demás a lo largo de toda su vida, se encuentran también entre las personas afectadas por la necesidad de cuidados. El espectro que debe cubrir las obligaciones del cuidado es amplio, si bien, en estos momentos, el extremo de la última etapa de la vida, el envejecimiento, merece una atención más urgente y específica, por una razón muy obvia: el envejecimiento de la población es un fenómeno nuevo, un problema de las sociedades avanzadas (no hay que ocultarlo), que ha sido hasta ahora deficientemente abordado. Muchos despropósitos ocurridos durante la pandemia lo han dejado claro.

El derecho a ser cuidados no es un derecho formalmente reconocido y llevará tiempo conseguir que lo sea, suponiendo que se logre algún día. No obstante, que cuidar se ha convertido en una necesidad básica es una evidencia y, llegue o no a engrosar la lista de derechos fundamentales, el derecho a recibir cuidados en caso de necesidad ha de tener un reconocimiento explícito por parte de la ciudadanía y de las instituciones políticas. Un reconocimiento del que derivan unos deberes específicos.

En estas páginas, quiero referirme sobre todo al deber de cuidar, para señalar, en primer lugar, que, a diferencia de lo que ocurre con el resto de los derechos sociales de los que derivan deberes positivos para los Estados, el deber de cuidar no exime a los particulares de la responsabilidad de hacerse cargo de sus allegados necesitados de cuidado. Podríamos decir que es un

deber con una dimensión ética más acentuada si entendemos que la exigencia ética apela directamente a la conciencia de los individuos. No es que la mediación institucional sea menos necesaria en el caso del cuidado; lo que ocurre es que es insuficiente. Aunque la garantía de los derechos en general le corresponde al Estado, lo que este está obligado a hacer para garantizar la educación, la sanidad, la seguridad social o la vivienda no equivale exactamente a lo que debe hacer para garantizar el cuidado. El Estado debe incluir el cuidado de los más vulnerables entre sus preocupaciones esenciales y atenderlas poniendo los recursos para ello, pero cuidar a quien requiere ayuda es algo más que ofrecerle unos servicios, adaptar unos espacios o proporcionarle unos centros de asistencia; la relación afectiva que supone el cuidado compromete directamente a las personas más próximas, y esa obligación no es sustituida por la ayuda que a su vez proporcione la mediación institucional.

No hay que olvidar que la palabra «cuidar» viene de *cogitare* que significa «pensar», «atención reflexiva». La RAE define el cuidado, muy en consecuencia con tal etimología, como «la solicitud y atención para hacer bien algo».¹ Esa atención solo puede ser personal, singularizada y cercana, y no únicamente el efecto de un programa social o un protocolo de asistencia al dependiente. Nada que pueda hacer solo la tecnología. Cuidar es una responsabilidad: al cuidar respondemos de lo precedero, de lo frágil. Lo vio muy bien Hans Jonas al referirse al principio de responsabilidad y poner como ejemplo de la relación responsable la de los padres con respecto a sus hijos, a su juicio «el arquetipo clásico de toda responsabilidad»,² pues entendía que la mera existencia de un niño contiene una responsabilidad para sus padres: la del mantenimiento y continuidad de la vida y de una vida digna. Ese sentido de responsabilidad es el que debe darse cuando alguien se encuentra ante el otro que le interpela, que pide ayuda y reclama cuidados. Por mucho que descarguemos en el poder político la obligación de cuidar, nadie debe cerrar los ojos a lo que Lévinas denomina la «mirada» del otro. La respuesta a esa mirada es la primera exigencia ética.

Hay que poner el acento en la fragilidad de la persona como el origen de esa relación especial que se muestra en el cuidar. Cuando alguien se sabe o se siente frágil cuenta con nosotros, espera nuestro auxilio y nuestros cuidados,

confía en que no lo abandonaremos. Recordando otra vez a Lévinas, la persona que necesita atención y cuidados «nos convoca a la responsabilidad». Y conviene señalar que, en la relación que se establece ante la solicitud del otro, lo habitual es que entendamos el requerimiento ajeno como una instancia a olvidarnos de nosotros mismos, a aparcar nuestros intereses para dedicarnos a quien nos está interpelando. Lo cual contrapone de entrada el cuidado de sí y el cuidado del otro como dos tareas incompatibles. No obstante, dicha contraposición es solo una consecuencia del individualismo en el que estamos inmersos, que nos lleva a entender el autocuidado como una opción egoísta, incompatible con la disponibilidad para atender al otro. Es un error que solo pone de manifiesto que no entendemos adecuadamente el cuidado de sí, una cuestión en la que es preciso detenerse para analizarla con mayor profundidad.

Tendemos, en efecto, a pensar en el cuidado como una obligación inexcusable que lleva inevitablemente a olvidarnos de nosotros mismos. Es una tendencia derivada del individualismo dominante que nos separa y encierra a cada uno en nosotros mismos, lo que conduce a no poder ver la atención al otro sino como un sacrificio del interés por uno mismo. Lo que pretendo destacar aquí es que ese individualismo tan inherente a la sociedad de consumo nos ha llevado a concebir el autocuidado de una forma muy simple, superficial y material, reducido a la preocupación exclusiva y obsesiva por el propio bienestar corporal y mental, al margen de las necesidades ajenas. El economismo que todo lo empapa convierte el autocuidado en una mercancía que se ofrece para colmar los deseos individuales de sentirse bien con la propia imagen. Los gimnasios, las dietas, la cirugía estética están al servicio del imperativo de cuidar de uno mismo. Todo ello, sin embargo, tiene poco que ver con el concepto de autocuidado que ahora es pertinente considerar. Ni siquiera el autocuidado entendido como la preocupación exclusiva por realizar un proyecto profesional exitoso podemos decir que responde a ese «amor a sí mismo» que debiera servir de guía para asistir al otro.

El autocuidado, previo al cuidado del otro

En unas páginas dedicadas a reflexionar sobre el cuidado y la responsabilidad, Paul Ricoeur³ se refiere con una cierta extensión al autocuidado como una exigencia moral previa al cuidado de los demás. Para ello evoca el mandato evangélico de «amarás al prójimo como a ti mismo», donde lo importante es el «como». Decir que hay que amar al otro tomando como modelo el amor a uno mismo da a entender que existe un derecho a amarnos a nosotros mismos. Dicho de otra forma, invita a pensar que el amor a la propia existencia no solo no es malo, sino que es la primera exigencia ética. Ahora bien, solo puede serlo si entendemos –también desde la ética– en qué debe consistir el quererse uno a sí mismo. Sabemos que la ética nunca se refiere a lo que «es» sino a lo que «debe ser». La pregunta, entonces, es la siguiente: ¿qué debe significar para un ser humano amar la propia existencia?

Prosigue Ricoeur explicando que la pregunta por aquello que debo amar en mí –«¿qué es amable en mí?»– tiene que ver con cuestiones más básicas que lo que se concreta en la consecución de un objetivo vital concreto. Más allá de este o aquel objetivo, el amor de sí se sustenta en el sentido de la libertad; en la idea de que yo sé que soy «agente» de lo que hago, lo cual significa que no estoy predeterminado y que me veo abocado a hacer frente a situaciones inéditas e imprevistas de las que tendré que responder. Ser actor de lo que uno hace es ser consciente de que hay razones para actuar de una forma o de otra, y no solo deseos que mueven a hacer esto o aquello: significa que hay que poder argumentar las decisiones que se toman, que hay que poner en perspectiva las propias acciones respecto a proyectos más amplios, o sea, que hay que poder narrar la propia vida como un todo que adquiere un valor.

Según Ricoeur, tal es la perspectiva desde la que hay que enfocar el cuidado del otro. Pues amar al otro como a uno mismo significará en consecuencia ser fiel al imperativo kantiano de tratar al otro como un fin en sí y no solo como un medio para mis fines, intentar que su libertad sea como la mía, que tanto el tú como el yo sean capaces de iniciativa, de dar razones, de componer el relato de la vida. De hecho, tal debería ser la base de la relación interpersonal, la que se guía por la regla de oro de la moralidad que nos exige ponernos en el lugar del otro, tratar al otro como me gustaría que me

trataran a mí; si yo soy un agente libre, el otro también lo es. En mi libro *Tiempo de cuidados*, acudí al concepto griego de *épimelía*, que traducimos como «cuidado de sí», y a la interpretación que Foucault hace del mismo, para explicar cómo hay que entender un autocuidado no egoísta ni contradictorio con el cuidado de los demás. En *La hermenéutica del sujeto*, el texto que recoge las últimas lecciones que impartió Foucault antes de su muerte, este filósofo desarrolla precisamente una ética no egoísta (como no puede dejar de serlo ninguna ética) derivada tanto de la reforma de uno mismo como de los deberes para con los otros. Desde tal perspectiva, la *cura sui* es «el principio de cualquier vida activa que está regida por el principio de racionalidad moral». Dicho con palabras más sencillas, el cuidado de sí radica en la voluntad de no dejar de examinar lo que uno hace y por qué lo hace. Ocuparse de uno mismo en tal sentido es una manera de enfrentarse al mundo y a la forma de comportarse con respecto a sí mismo y a los otros, pues el carácter social o político del ser humano es inseparable, en la filosofía griega, de la vida buena. En el *Alcibiades* platónico, Sócrates dice: «Si alguien quiere gobernar a los demás, tiene que comenzar por instruirse él mismo, y el medio de instruirse es perfeccionarse, es atender primero a su persona». Es decir, tanto en los textos de Ricoeur como de Foucault lo que se reproduce es la idea socrática según la cual una vida no examinada no merece ser vivida. Una vida estimable, que merece la pena, incluye el elemento reflexivo que cuestiona y razona lo que uno hace. Esa reflexión es el autocuidado como un derecho y un deber que el sujeto libre y responsable no puede dejar de imponerse a sí mismo.

La excelencia en el cuidado del otro

La predisposición a la reflexión sobre el valor de la propia vida es una condición necesaria para evitar que la libertad entre en colisión con las obligaciones éticas. Dicho de otra forma, es la única manera de evitar que cualquier deber sea visto como un límite insoportable a la acción libre o a la autorrealización de la persona, si supiéramos lo que eso significa. La concepción de la libertad equiparada a la satisfacción del deseo más inmediato está en las antípodas del autogobierno que se le supone a un agente moral libre y respon-

sable, el autocontrol al que se refiere Séneca cuando escribe que «tener libertad es tener absoluta posesión de sí mismo». Solo el sujeto que hace el esfuerzo de conocerse, de examinar sus deseos, de controlarlos y de no renunciar a los criterios de una conducta virtuosa es un individuo de verdad libre. Por lo menos, desde el punto de vista de la autonomía moral.

No solo es preciso el examen acerca de lo que uno está dispuesto o debe dar de sí mismo cuando se ve interpelado por la fragilidad del otro, sino que hay que ser consciente de que la relación de cuidar, nos guste o no, siempre se da en el seno de unas relaciones de poder no fáciles de gestionar. Es poderosa la persona que cuida, dada la superioridad en la que se encuentra con respecto al ser desvalido al que está en disposición de atender, un ser que, sin embargo y pese a la mengua en sus capacidades, no deja de tener a su vez un poder de solicitud, de seducción, de reclamo de atención, que puede acabar siendo a su vez opresivo y manipulador. Una relación aparentemente tan natural en el animal humano y tan espontánea como es la reacción solícita cuando alguien se nos dirige en busca de protección, esconde unas dificultades derivadas de la asimetría entre persona cuidadora y persona cuidada y de la singularidad de circunstancias en que dicha solicitud se produce, que deben ser pensadas a fondo y sin autoengaños. Solo si lo hacemos, conseguiremos consolidar el valor del cuidado y reconocerlo como tal.

De lo dicho hasta aquí, y aterrizando en los problemas concretos que se plantean en la relación de cuidado, la vinculación del autocuidado y el cuidado del otro nos permite derivar dos ideas que no deberían ser menospreciadas.

La primera es que cuidar no puede reducirse a una relación estrictamente mercantil entre un empleador y un empleado. El cuidado no se compra como cualquier otro servicio, aunque la remuneración a la persona que cuida sea justa y necesaria. En la relación de cuidado hay cercanía y afecto, una cierta empatía, atención expresa a la especificidad de cada caso. Por mucho que haya que suplir la escasa autonomía de la persona a la que se asiste, hay que evitar la tendencia a «desobjetivarla» privándola de su condición de adulta, infantilizarla, adoptar posturas excesivamente paternalistas, dejar de tratarla, en definitiva, como un fin en sí. Las distintas crisis que venimos padeciendo nos enfrentan a una visión de nuestras capa-

ciudades que para nada puede llevar a la autocomplacencia. Hemos ido demasiado lejos en despropósitos y desmanes para no dar un giro que nos enseñe de verdad a vivir de una forma más cuidadosa no solo de cara a las personas dependientes, sino a la forma de vivir en un entorno que se deshumaniza y se deteriora gravemente.

En segundo lugar, y pese a todas las precauciones que nos asalten, es realista reconocer que la creciente necesidad de cuidados no exime de una debida mercantilización de los mismos en muchas ocasiones. No todo cuidado puede deberse a una dedicación altruista, que obligue a sacrificar en exceso los proyectos vitales de la persona que se responsabiliza del cuidado. Lo que no implica que, sea quien sea la persona que asuma el cuidado como una ocupación laboral, deba hacerlo inhibiéndose de esa dedicación afectiva intrínseca a la protección y la asistencia. La paradoja de que los trabajos de cuidar sean los menos valorados social y económicamente, se encuentren todavía en manos de mujeres y, por lo general, de mujeres procedentes de la inmigración es la excusa perfecta para no otorgarle al cuidado el reconocimiento que debiera tener. Es urgente empezar a reconocer los derechos de quien cuida, incluidos los de la persona que lo hace gratuitamente pero que, para hacerlo, ha tenido que renunciar a un sueldo o a una promoción laboral que personalmente la perjudica. Los cuidados gratuitos, que los habrá y debe haberlos siempre por las especiales características que acompañan a la relación de cuidar, merecen reconocimientos explícitos que pongan de relieve la dignidad inherente al trabajo de cuidar. Los avances conseguidos en la conciliación laboral y familiar son todavía ridículos entre nosotros y no dan cuenta del esfuerzo y sacrificio que supone para cualquiera –hombre o mujer– tener que hacer compatible la vida laboral o profesional con el cuidado de un familiar con demencia o de un hijo discapacitado. Ese doble trabajo merece una consideración especial hasta ahora muy poco visible. La dedicación al cuidado, a nivel laboral, hoy por hoy no se compensa, sino todo lo contrario, se penaliza. El autocuidado, el repensarse uno mismo cuando la vida da un giro inesperado y muchas veces fatal, requiere ayuda externa del tipo que sea, una ayuda de la que la Administración no debe desresponsabilizarse.

La necesaria mediación institucional

Si el cuidado ha de ser visto como un derecho fundamental, como un bien social a distribuir equitativamente, la intervención estatal es imprescindible. Y dado que, como he venido argumentando, no se trata de un derecho equiparable al resto de derechos sociales, en este caso, por generosa que sea la intervención del Estado, el individuo no queda eximido de sus deberes singulares al respecto. En este sentido, he citado repetidas veces la fórmula de Joan Tronto, quien, al referirse a la función de los gobiernos en lo que ella denomina «democracias cuidadoras», les asigna la de «detectar necesidades y repartir responsabilidades».⁴

Es evidente que –por muy bien dispuestos que estén los individuos a responsabilizarse de sus allegados cuando están en situación de dependencia– el cuidado –como el afecto– es selectivo y no abarca a todos ni a quienes más lo necesitan. Cada uno se siente responsable de sus seres más próximos, no del resto, por mucho que pueda lamentar las desigualdades y las penurias de los más desfavorecidos. No es al ciudadano a quien hay que cargarle con la responsabilidad de redistribuir los bienes básicos, porque no puede hacerlo, sino al Estado. Las necesidades de cuidados, en general, han de ser detectadas, priorizadas y atendidas por quienes tienen poder y recursos para hacerlo, esto es, las instituciones públicas. Pero la Administración no solo debe acudir en ayuda de quien más lo necesita, sino que, de una forma u otra, debe exigir a la ciudadanía que cumpla en cada caso con sus obligaciones respectivas de cuidado.

Por otra parte, es evidente que existe un desequilibrio entre las necesidades actuales y los servicios públicos. Indicadores demográficos como el envejecimiento de la población, los cambios en las formas de vida o los progresos de la sociedad, que se manifiestan, por ejemplo, en la lucha contra la violencia de género, modifican las expectativas de la población, que no se ven atendidas por los servicios públicos. Un informe recientemente publicado en Francia (*Rapport sur l'état des services publics*)⁵ señala cinco ámbitos de análisis: la sanidad, la educación, el transporte, la justicia y la seguridad como los que permiten detectar mejor esa negligencia de un Estado social. Un examen detenido de las deficiencias en cada uno de ellos pone de relieve que hay cuestiones ignoradas por los servicios públicos que, sin embargo, dan cuenta

de necesidades cada vez más urgentes de la población. Ocurre, por ejemplo, con la escasa atención que reciben la cronificación de las enfermedades y la subsiguiente necesidad de un sistema de cuidados, el fracaso escolar o la distribución de recursos en materia de seguridad y justicia, entre otros muchos. El citado *decalàge* repercute en la mercantilización de los servicios, en una oferta de servicios privados que no atiende a los más desfavorecidos sino a quienes pueden pagarlos.

El derecho a ser cuidados no es todavía un derecho jurídicamente establecido. Lo que no obsta para que existan desde hace tiempo ciertas iniciativas públicas que materializan la responsabilidad por el cuidado. Una de ellas, quizá la más extendida, es la denominada «Ciudades que cuidan», llevada a cabo por municipios especialmente sensibilizados hacia las necesidades de cuidado en todas las dimensiones que se manifiestan en la vida de una ciudad. Desde el punto de vista de lo que puede y debe hacer la ciudad para atender a las personas vulnerables, el deber de cuidar adquiere unas dimensiones que abarcan a casi todas las profesiones que, desde una óptica más teórica o más práctica, pueden contribuir a la construcción de entornos más amigables y, en especial, más atentos a las necesidades de las personas dependientes. Las ciencias de la salud, y en especial la enfermería, se nos presentan como aquellas que en primer término han de hacerse cargo de las obligaciones de cuidar, como ocurre asimismo con la atención social. No obstante, una ciudad que está dispuesta a cuidar a sus habitantes y ocuparse en primer lugar de los más vulnerables ha de revisar muchas otras cosas, desde sus programas urbanísticos a las muchas maneras de hacer que las personas con dependencias varias no se sientan excluidas de la ciudad.

Martha Nussbaum ha recordado en un libro reciente que las necesidades de las personas mayores no suelen coincidir con las necesidades del hombre medio.⁶ Sin embargo, es en esa última abstracción en la que se piensa cuando se programa una atención «más centrada en las personas». Una bonita fórmula, siempre mal ejecutada. Izaskun Chinchilla analiza lo mucho que habría que cambiar para construir «la ciudad de los cuidados», una ciudad donde no tuvieran siempre prioridad los vehículos, donde se discutiera la rentabilidad de las actividades productivas y no productivas.⁷ Cuidar no puede reducirse a ofrecer una serie de servicios que hagan más fácil o entretenida la vida de

las personas que han dejado de ser activas desde el punto de vista administrativo. Como dijo Víctor Hugo, para una persona no hay carga más pesada que la de vivir sin existir. ¿Qué hacer para que los mayores no se sientan excluidos de la existencia?

El choque con la fragilidad de la vida humana lo estamos experimentando a lo largo de las varias crisis que venimos sufriendo en los últimos años: económica, sanitaria, ecológica, migratoria. La conciencia de que somos contingentes y limitados debiera enseñarnos que la manera humana de afrontar las adversidades no puede reducirse a las reacciones superficiales y frívolas a que nos acostumbra el consumismo, el usar y tirar, el ejercicio irresponsable de la libertad. Esa actitud únicamente conduce a que la posibilidad de extinción –no solo propia, sino de la especie– sea más real. No es la disposición que cabe esperar de un agente libre cuyo actuar, como pedía Hans Jonas, ha de ser compatible con la permanencia de una vida auténticamente humana, con el sentirse bien con la propia imagen.

Notas

1. «Solicitar» tiene un doble significado: el de «pedir», o el de actuar con «solicitud», es decir, buena disposición, diligencia, amabilidad.
2. «Obra de tal manera que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica en la Tierra.»
3. Domingo Moratalla T, editor. Paul Ricoeur: voluntad de responsabilidad. Cuidar la vida, cuidar la ciudad. Madrid: Dykinson S.L.; 2029.
4. Tronto J. Caring Democracy. Nueva York: New York University Press; 2013.
5. Disponible en: <https://nosservicespublics.fr/rapport-etat-services-publics-2023>
6. Nussbaum MC, Levmore S. Envejecer con sentido. Barcelona: Paidós; 2018.
7. Chinchilla I. La ciudad de los cuidados. Madrid: Catarata; 2020.

**Cuidar a las
personas mayores
democráticamente
y contando con ellas**

Joan C. Tronto

*Profesora emérita del Departamento de Ciencias Políticas
de la Universidad de Minnesota (EE.UU.).*

Introducción¹

Por descontado, toda sociedad cuida sus miembros. Ninguna sociedad podría seguir existiendo si no se ocupara de criar a los niños, atendiera las necesidades humanas básicas e hiciera frente al envejecimiento, las enfermedades y la mortalidad. Pero muchas, la mayoría o quizás todas las sociedades también adoptan formas de cuidado que son nocivas, ya sea en el sentido de que no satisfacen las necesidades de las personas, de que realmente les causan daño, o de que satisfacen las necesidades de algunas personas pero excluyen a otras de manera injusta.² Por esta razón, voy a dedicar mi trabajo teórico a abordar la naturaleza del cuidado nocivo.

Después de haber escrito sobre el cuidado durante más de 30 años, me sorprende constantemente lo rica, lo trascendental y lo creativa que se ha vuelto la investigación sobre el tema, tal y como se refleja, en parte, en la diversidad de temas abordados en esta conferencia. Desde los estudios científicos hasta las ciencias sociales, en los estudios literarios y cinematográficos, en la filosofía, la arquitectura y la ingeniería, el rango de investigación sobre el cuidado es amplio y profundo. Pero también me preocupa hacia dónde se dirigen las futuras reflexiones teóricas sobre el cuidado, y quiero empezar expresando esta preocupación. En griego clásico, el término *teoría* está relacionado con la palabra que significa «ver». Una teoría nos proporciona una manera de ver el mundo. Pero ¿qué vemos cuando miramos el mundo a través del prisma del cuidado? Me preocupa que el «cuidado» corra el peligro de «normalizarse», de convertirse sencillamente en otra variable más para ser incluida en un análisis estadístico de regresión, otra dimensión de la psicología sobre la cual aprender en la escuela de negocios, otro coste porcentual. Nuestras ideas sobre el cuidado pueden volverse fijas; podemos aceptar categorías de análisis porque ya se han utilizado antes en lugar de ver más allá de estos métodos que moldean nuestra visión. El punto fuerte del cuidado como estrategia de aproximación al mundo es que es muy amplio y variable; el punto débil del cuidado como método de aproximación al mundo es que es muy amplio y variable. El «cuidado» es reconocible tanto en sus formas nocivas como en las buenas.

Así pues, una parte importante de la teoría es cómo abordamos el «ver» que informa nuestra perspectiva teórica. Habría muchas maneras de ver lo inte-

resante de la intersección entre «envejecimiento» y «sociedad del cuidado». Y quiero comenzar con una pequeña advertencia sobre el concepto «envejecer». Si a fin de cuentas todos envejecemos, ¿cómo hemos llegado a ver a un determinado segmento de la población distinto y diferenciado porque ha envejecido más que otros? Si partimos del supuesto de que hay algo diferente en las personas mayores, entonces encontraremos maneras de pensar en ellas como entidades distintas y diferenciadas. Creo que esta es la premisa del trabajo que se está realizando para recuperar la noción del «edadismo», como afirma Margaret Gullette: «la deshumanización es el resultado inevitable de tener una cultura que cuestiona implacablemente el valor de las clases de edad más avanzadas».

En algún momento, cuando se considera que un grupo tiene características distintivas (incluso si todos los miembros del grupo no comparten esas características), se convierten en los «otros». Para mí, una de las mejores formas de captar esta diferencia aparece en los escritos sobre raza, no sobre edad, algo que nadie le hubiera planteado directamente así a W.E.B. Du Bois, pero que él oía constantemente escondido detrás de lo que realmente le preguntaban: «¿Cómo se siente al ser un problema?».

Cómo se siente al ser un problema es pasar de ser una persona con un control activo del propio destino a un objeto pasivo de las atenciones de los demás. Es posible solucionar un problema, pero no es fácil hacerlo democráticamente a menos que se mire la situación desde el punto de vista de los llamados elementos problemáticos. Entonces, ¿qué significaría para nosotros no normalizar la *separación* de las personas mayores, sino ver toda la sociedad desde su punto de vista (desde sus necesidades y deseos) y explorar cómo se podrían mitigar las prácticas nocivas de cuidado que reciben actualmente? ¿Se podría, tal vez, llegar a construir una sociedad más solidaria para todos?

Hoy no puedo responder a estas preguntas, en gran parte porque son preguntas difíciles y van mucho más allá de mis capacidades. Pero también diré que no creo que los académicos tengan que dar órdenes a los ciudadanos democráticos sobre cómo deben actuar. Cuando se pide a los ciudadanos que actúen no es para eliminar conflictos o resolver disputas, sino para transfor-

mar a las personas y que pasen de ser objetos de investigación a sujetos activos. Para los «ciudadanos de la tercera edad» esta capacidad de *actuar* como ciudadanos suele quedar reducida a formar parte de un poderoso bloque de votantes que los políticos no pueden ignorar. Pero para actuar como ciudadanos democráticos se requiere mucho más.

Por eso, hoy me centraré en tres conceptos asociados al cuidado y el envejecimiento, para ilustrar que, según cómo los planteemos, son más o menos prometedores como formas de garantizar que nuestros pensamientos y acciones sobre el cuidado nos conduzcan hacia una forma menos nociva y más justa. Tal vez no les sorprenda saber que, al final, argumentaré que poner el cuidado en el contexto no de una sociedad que se cuida de sus miembros, sino de una sociedad *democrática* solidaria, es el camino más prometedor. Los tres conceptos, que consideraré en este orden, son: carga, voz y presencia. Después de explorar brevemente estas ideas, veré si nuestra exploración nos lleva a alguna parte.

I. «La crisis demográfica como carga» y el cuidado

Una forma de empezar a hablar del envejecimiento y el cuidado es partir de los datos demográficos: las poblaciones en casi todas las partes del mundo están envejeciendo, la fertilidad está decayendo y, entre las personas mayores, hay significativamente más mujeres que hombres. En el entorno del trabajo de los cuidados en instituciones y hogares, a menudo son las mujeres las que cuidan a mujeres mayores, aunque este hecho no cause mucha compasión o preocupación. En cuanto empezamos a invocar estas cifras, nos encontramos en un ámbito en el que las diferencias individuales se nivelan y las «normas» se traducen en otros tipos de cifras. Se supone que las personas mayores tienen más problemas de salud (la mayoría los tiene, algunos no y algunas personas más jóvenes también tienen problemas de salud costosos). Es más probable que las personas mayores hayan abandonado el trabajo remunerado y dependan de las prestaciones públicas (partiendo de la base de que no vivimos en sociedades que proporcionen un ingreso básico universal

para todos). Este «tsunami» «plateado» o «gris» nos amenaza a todos, porque los trabajadores más jóvenes tendrán que financiar los pagos de la seguridad social y los costes de la atención médica de las personas mayores. Estos cambios demográficos exigen formas de análisis *económicos*. El lenguaje de la economía, de contar y de hacer análisis de costes y beneficios, nos resulta tan fácil en la actualidad que apenas nos damos cuenta de lo artificial que es describir el mundo de esta forma. Nos sentimos transportados de inmediato a nociones de escasez, competencia, ganadores y perdedores. Permítanme explicar cuatro formas en que podría entenderse esta dimensión económica del cuidado de las personas mayores.

En primer lugar, podríamos pensar en el paradigma económico neoliberal y cómo afronta esos cambios demográficos. Desde la ideología «utópica» de un mercado libre, tales cambios no deberían tener ningún impacto en las políticas públicas o en el cuidado porque, simplemente, se trata de una cuestión relacionada con lo bien que los mercados pueden cumplir con las expectativas, con lo cual los mercados ya «saben» cómo se tiene que hacer, como se dice normalmente. Entonces, una forma de entender lo que hace el neoliberalismo es decir que ve la crisis del envejecimiento como una amenaza para los ricos. Si la población sigue envejeciendo, puede ser necesario aumentar los impuestos e implementar algo más que modestas exigencias a los ricos para que apoyen financieramente al resto de la sociedad.³ Para los economistas neoliberales, una solución sería abolir por completo el financiamiento público a las personas que han vivido más allá de sus capacidades laborales. Las iniciativas para privatizar el sistema de la seguridad social son un ejemplo de esta propuesta. No importa que la seguridad social haya sido responsable de que las personas mayores puedan vivir con menos miedo a la pobreza y con más dignidad. Más personas mayores pobres morirían antes. Se reduciría la carga que representa la gente mayor. Y para aquellas personas mayores con suficientes recursos económicos, se pueden encontrar mecanismos en el mercado que les proporcionen la atención que necesitan. Así, por ejemplo, el pasado colonialista que importaba recursos escasos ahora equivaldría a la importación del recurso escaso del trabajo del cuidado.⁴ Esta «fuga de cuidados» ya se ha estudiado durante décadas. Recientemente, Alemania anunció un plan para importar enfermeras formadas en México y Brasil con el fin de

cuidar a las personas mayores, anunciando prudentemente que tal medida no perjudicaría a Brasil, donde hay demasiadas enfermeras.

Según esta versión, los escasos fondos que se invierten en la seguridad social son demasiados. En EE.UU., muy pocos jóvenes creen que la seguridad social seguirá existiendo cuando tengan edad para jubilarse. (Esta es una observación excepcional sobre cómo las ideas económicas neoliberales impregnan el pensamiento político contemporáneo.) No se reconoce que al dotar de recursos económicos a los miembros más mayores de la familia se limita la carga sobre otros miembros, tal vez incluso se les da la oportunidad de tener una vida mejor. La crisis no se da porque se destinen muy pocos recursos para financiar a las personas mayores, sino porque se están destinando demasiados recursos para financiar a las personas mayores.

Incluso los neoliberales generosos deben responder a estas críticas y reaccionar constantemente a este discurso. Como resultado, nadie está dispuesto a gastar mucho dinero para mejorar la vida de las personas mayores. Un requisito para vivir en una sociedad neoliberal es conformarse con menos.

Un segundo punto de vista es el marxista, que ve las crisis de cuidados en general, y el envejecimiento es un ejemplo, como una oportunidad para lograr una revolución profunda para instalar principios e ideales socialistas. En su libro más reciente, *Cannibal Capitalism: How Our System is Devouring Democracy, Care, and the Planet –And What We Can Do About It*, la destacada filósofa política Nancy Fraser presenta una noción nueva y ampliada del capitalismo, entendido no solo como un sistema económico estrictamente hablando, sino considerándolo en un marco más amplio en el que las «externalidades», como la acumulación de la explotación global, el trabajo de cuidados no remunerado y los recursos naturales, se incluyen en su visión de lo que constituye el capitalismo. Sin embargo, a través de su análisis amplio y minucioso, Fraser solo recicla la máxima marxista de que cuando las cosas se pongan lo suficientemente feas para el resto de la población, el socialismo se convertirá en un marco plausible, esta vez con un mandato mucho más amplio que simplemente corregir el mal que causa la explotación basada en las clases. Pero Fraser ignora las diferentes estrategias que los señores capitalistas utilizarán para seguir devorándolo todo como cánibales y cómo harán

desaparecer las perspectivas de cambio a través del control de los medios de producción intelectual. (A tener también en cuenta: es el propio capitalismo el que «canibaliza» el mundo, según Fraser, esta forma cosificada de describir una actuación puede no ser la mejor manera de describir el daño.)

Un tercer tipo de análisis, que aquí denominaré la versión del estado de bienestar de la crisis del cuidado, queda establecido en el libro de Emma Dowling, *The Care Crisis: What Caused It and How Can We End It?* Este libro ofrece una descripción realmente profunda de las múltiples formas en que la economía neoliberal hace la vida más difícil a quienes necesitan cuidado. Yo, por mi parte, aprendí mucho leyéndolo. Dowling identifica correctamente la naturaleza del parche: su objetivo es desplazar un coste o una carga económica a otra parte. «Un parche para la cuestión del cuidado implica la gestión de la crisis del cuidado de manera que no se resuelva nada definitivamente, sino que simplemente desplace la crisis...». A Dowling le preocupa especialmente observar lo siguiente: «¿sobre quién exactamente se descarga el trabajo de los cuidados? ¿A quién se hace sentir la responsabilidad del cuidado y a quién se hace tener compasión para mantener a flote las infraestructuras de cuidado en condiciones adversas? El análisis de Dowling también explica cómo responderán los capitalistas a las quejas sobre dichos parches. Una vez que se crea un nuevo estándar bajo de servicio, los recortes futuros se realizarán a partir de lo que ya era una financiación inadecuada. La estrechez de miras del «arreglemos lo que podamos desde donde estamos» ignora el panorama completo. Dowling es consciente de este problema y señala que vivimos en un estado constante de «austeridad», que nunca desaparecerá, aunque el lenguaje utilizado haga parecer que tan solo se trata de un problema a corto plazo. Una de las contribuciones más conmovedoras de Dowling es su lectura minuciosa de como la «austeridad participativa» se aprovecha de que las personas más pobres sepan que deben ser ellas las proveedoras del cuidado en sus comunidades, y todo esto lleva a un cambio en la distribución de las contribuciones económicas, pasando de los más ricos a los más pobres y de las empresas a los individuos. Pero la lógica subyacente aquí es todavía ver la crisis del cuidado en términos de recortes a los servicios.⁵ Por lo tanto, su solución parte de la afirmación de que «valorar el cuidado significa asignar recursos, no quitarlos».

Hasta donde llega, este punto es absolutamente correcto, y Dowling y otros han analizado detalladamente cómo se está produciendo esa disminución de recursos, cuyos beneficios, en cambio, se destinan a una reducción de impuestos para los ricos. No podemos dejar atrás este lenguaje económico, porque en términos básicos, la preocupación por cuidar a las personas mayores implica una competición por los recursos que, en una sociedad capitalista, se consideran escasos. Pero incluso este magnífico análisis de la crisis del cuidado como algo económico todavía tiene un inconveniente.

En su explicación original de la naturaleza de los derechos sociales, T.H. Marshall argumentó que los beneficiarios de los derechos sociales nunca están en una posición de poder: «En cuanto a los derechos sociales (el derecho al bienestar en el sentido más amplio del término), no están diseñados para nada para el ejercicio del poder. Reflejan, como señalé hace muchos años, el fuerte elemento individualista de la sociedad de masas, pero se refieren a los individuos como consumidores, no como actores. Es muy poco lo que los consumidores pueden hacer, excepto imitar a Oliver Twist y “pedir más...”». Tal vez el aspecto más insultante de la lógica de esta tercera vía neoliberal, que Dowling denomina «austeridad participativa», y que los holandeses han llamado «sociedad participativa», es afirmar que, a medida que el Estado retrocede, las personas vuelven a ser actores (qué maravilla). Esta manera de entender esta lógica nos permite darle algún sentido a la decisión del Estado sueco de hacer que una mayor autonomía sea un punto de referencia para el cuidado de las personas mayores (Dahl, 2017). En cierto modo, esta lógica encaja con la retórica neoliberal de libertad: las personas se ven obligadas a ser libres para idear formas de cuidar de sí mismas y de su entorno lo mejor que puedan. Pero si es así, esta forma de pensar no es una alternativa al «Estado niñera», sino que representa la creación de un nuevo y *mezquino* Estado niñera. Así que, si se me permite expresar el punto de vista de Dowling en un lenguaje más claramente político: los «ciudadanos» ahora pueden haberse convertido en actores, pero ya no son actores *cívicos* o *políticos*.

Frente a una esfera pública colapsada, hay un conjunto de voces que tiene la capacidad de amplificarse: las voces de quienes tienen riqueza. (Nuevamente, Marx destacó este punto en sus primeros escritos inéditos: «en cada

época, las ideas dominantes son las ideas de la clase dominante» *The German Ideology*).

Y así hay una cuarta y última explicación de la crisis del cuidado basada en la economía. Anteriormente he sostenido que podemos convertir estas preocupaciones sobre la crisis en una *narrativa del cuidado*, llamada cuidado basado en la riqueza. El punto principal del cuidado basado en la riqueza es la afirmación de que la producción de riqueza es la manera más conveniente de mejorar la sociedad humana y, por lo tanto, es apropiado que haya una deferencia hacia los ricos en cómo se destinan los recursos económicos al cuidado. No es erróneo decir que la riqueza proporciona cuidado: generar mayor riqueza ha permitido el desarrollo del sistema sanitario público y de capacidades médicas que han hecho posible prolongar la vida humana. Lo perjudicial es la noción de que el cuidado basado en la riqueza es la *única o principal* forma de cuidado que vale la pena y que merece nuestra confianza.

Pero si hubiera un espacio público en el que pudieran surgir debates honestos sobre este tema, probablemente descubriríamos los siguientes puntos adicionales, similares a los planteados por Fraser y Dowling, pero ahora expresados en el lenguaje de los *modelos opuestos del cuidado*:

- Los defensores del cuidado basado en la riqueza no se equivocan al ver que una mayor riqueza puede conducir a un mayor cuidado, pero principalmente se trata de mejorar el cuidado a los propios ricos. Las personas mayores con recursos económicos estarán bien cuidadas, el resto, no tanto.
- La preocupación por generar riqueza oculta otras cosas que pueden ser valiosas en las sociedades humanas.
- La idea de que quienes producen riqueza se merecen más hace que aquellos que no son adultos autónomos y autosuficientes sean menos valiosos para la sociedad. Y desde esta perspectiva, la mayoría de las personas mayores que han dejado atrás su carrera laboral se convierten en «parásitos» porque no generan riqueza.
- Los ricos (no el capitalismo, sino el 1% o 10% de la población que controla la mitad de la riqueza mundial) no quieren un debate abierto sobre este punto de vista y, por lo tanto, obstruyen y tratan de limitar

el debate democrático. En este sentido, como lo expresa el título del libro de Nancy MacLean, terminamos con una *democracia encadenada* (MacLean, 2017).

Lo que he sostenido hasta ahora es que, si concebimos la situación de las personas mayores como una crisis económica, una competición por los recursos, el pronóstico (a falta de una revolución democrática o socialista o socialista democrática) es de un cuidado nocivo. Pero hay otras maneras de ver esta situación que quizás conduzcan a resultados diferentes.

Para hacerlo, es necesario partir de esta realidad: no existe una experiencia única de ser una «persona mayor»: algunas personas se ven afectadas por condiciones físicas o mentales, otras se ven menos afectadas. Unos siguen trabajando, otros están jubilados. Unos siguen viviendo de forma independiente, otros viven en instituciones. Unos dependen de la ayuda de amigos o familiares, otros pagan por tener asistencia o cubren sus necesidades por sí mismos. Sin embargo, cuando oímos hablar de una «crisis» para la población que envejece, casi siempre se refiere a una cosa: utilizar recursos (principalmente públicos pero también privados) para abordar el hecho de que las personas mayores a menudo no son capaces de cuidarse a sí mismas del todo. Si queremos «separar» los datos, debemos pensar más en cómo las propias personas mayores podrían expresar sus necesidades y anhelos.

II. La voz del «cuidado»

Una de las categorías centrales del «cuidado», tal como ha evolucionado según Carol Gilligan,⁶ sigue siendo su punto de partida: que el cuidado representa una voz diferente (Gilligan, 1993). En esta exploración de la voz, quiero centrarme en varios registros de la voz y concluir que la voz es una forma de poder que se fortalece a través de medios democráticos.

Una premisa central de la ética feminista del cuidado ha sido que quienes reciben los cuidados deben involucrarse, recíprocamente, en los procesos del cuidado. Pero hay varias barreras que pueden impedir que la sociedad escuche las voces de las personas mayores. La primera es el prejuicio; según Gulette, podemos llamarlo edadismo. El segundo es, literalmente, la segrega-

ción espacial y otras formas de segregación. Las personas mayores prácticamente no tienen interacciones extrafamiliares con personas de otras generaciones. Una tercera forma en que la sociedad no sería capaz de escuchar la voz de las personas mayores podría surgir de la manera en que las personas mayores articulan sus necesidades y anhelos. Las personas mayores no quieren ser percibidas como una carga. Este concepto de «carga» está ampliamente presente y rara vez está en el centro de la investigación, pero la afirmación es omnipresente. Un estudio de 2009 que utilizó entrevistas semiestructuradas descubrió que más de la mitad de los entrevistados en EE.UU. dijeron «no quiero ser una carga» para familiares o amigos. Una cuarta forma en que esa voz puede faltar es que aquellos que abogarían por las personas mayores probablemente también vean sus voces menospreciadas. Ellos, los miembros de sus familias y los cuidadores marginados que más estrechamente participan en su cuidado son, a menudo, personas mayores o marginadas.

Todos estos problemas de voz no pueden abordarse en un marco que conciba el cuidado como una especie de responsabilidad personal. En este modelo, un falso compromiso con el «autocuidado» se convierte en una forma de pasar de ser un problema *estructural* a *psicológico*. Esta no es la única situación en la se produce una transformación alquímica de este tipo, pero eso no lo hace menos grave. La voz es siempre relacional: no podemos tener voz sin que alguien o algo la escuche, y cómo se recibe esta voz también es de una importancia fundamental.

De hecho, el análisis de la voz es una de las formas no económicas más útiles que conozco para discutir el poder. Me baso aquí en el análisis del economista Albert O. Hirschman en su notable libro *Exit, Voice and Loyalty*. Hirschman argumentó que ante una dificultad dentro de un marco institucional uno tiene tres opciones: darse por vencido por completo e irse, rendirse a los propios problemas y quedarse con el problema intacto, o expresar el problema y tratar de buscar la solución. Susan Okin fue la primera académica feminista que conozco que desarrolló este análisis. En su caso lo utilizó para pensar en las diversas opciones que tenían a su disposición las mujeres que querían divorciarse de sus maridos (Okin, 1989). Obviamente, la forma en que esté estructurada la institución hará que estas

diferentes opciones sean más fáciles o difíciles (Hirschman, como economista, sugiere que pensemos en términos de «costes») de diferentes maneras. Una buena manera de entender cómo deberían funcionar las instituciones democráticas es que las opciones de voz deben ser generalizadas y se deben hacer esfuerzos para mantener bajos los costos de la «voz». (A veces eso se logra reduciendo también los costes de salida. Cuando la salida es una opción más viable, ejercer la voz no tendrá el mismo efecto porque la opción de «salida» también está disponible.)

Este coste variable de la voz, la lealtad y la salida determinará cómo, por qué y con qué éxito las personas mayores pueden dejar de sentirse como una carga. Ayudará a explicar cómo los trabajadores de los cuidados podrían evaluar de manera diferente sus opciones de renunciar o quedarse.

Por el momento, la pérdida de trabajadores del cuidado debido a su renuncia es un problema grave. Un estudio realizado en Bélgica que siguió de cerca a profesionales de la enfermería en prácticas descubrió la profundidad del problema. Muchos de los que se habían formado como profesionales de la enfermería decidieron dejarlo después de su primera rotación en el hospital. Informaron que les obligaban a realizar trabajos no especializados, o les asignaban tareas complejas de enfermería sin una supervisión adecuada. Esto se debía a los recortes de personal que había habido en los hospitales en los años anteriores, por lo que ya nadie asumía la responsabilidad de formar a los profesionales de la enfermería. No había ninguna opción de voz presente, por lo que muchos simplemente se fueron.⁷

Salida, voz y lealtad es una solución democrática y política al problema de que a algunas voces nunca se las escucha ni se les presta atención. Hacer que sea más posible que las personas mayores y sus defensores sean escuchados ayuda a reducir la posibilidad de que se den prácticas nocivas del cuidado.

En el pasado, he criticado las organizaciones jerárquicas y argumentado que la democratización de la vida política requiere que intentemos aplanar la jerarquía tanto como sea posible. En un ensayo reciente, Sophie Bourgault corrige esta afirmación señalando que la rendición de cuentas y la responsabilidad a menudo surgen a través de la estructura organizacional (Bourgault, 2017). Entonces, en lugar de preocuparnos por la jerarquía, nuestra preocu-

pación debería ser asegurarnos de que, en las organizaciones, todo el mundo pueda usar su voz de manera efectiva.

III. Presencia de cuidado

Quiero abordar un concepto que aclarará la relación entre el cuidado y el envejecimiento. Quiero plantear qué se requiere realmente para cuidar bien a las personas mayores, partiendo en parte de su voluntad de no querer ser una carga, de sus circunstancias materiales y de una comparación con una época anterior del cuidado. En *Communities of Care: The Social Ethics of Victorian Fiction*, Talia Schaffer utiliza lecturas de ficción inglesa victoriana (Schaffer, 2021) para describir las «comunidades del cuidado» que surgieron, sin importar clases ni géneros, cuando las personas se acercaban a la cama de individuos enfermos para consolarlos. Su presencia, no su participación activa en el trabajo de los cuidados, fue lo que los convirtió en miembros, al menos durante el tiempo que estos cuidados estuvieron en curso, de una especie de «comunidad de cuidados». Cambiar de contexto es a menudo una forma útil de obtener conocimientos teóricos, y cuando pensamos en cómo hemos sustituido la presencia altamente profesional de personas capacitadas médicamente por el consuelo que brinda un vecino, un familiar o un amigo, se da un valor muy diferente a lo que significa «presencia» cuando la vida de una persona se vuelve genuinamente precaria y la persona se vuelve vulnerable. No hay garantías, ni siquiera de que el cuidador, convertido en ello por su presencia y no por su experiencia, pueda ofrecer algo más que simplemente estar ahí. De hecho, durante las desgarradoras primeras semanas de la COVID, los médicos y enfermeras informaron que todo lo que podían ofrecer a sus pacientes era quedarse con ellos y no dejarlos morir solos.⁸ Esta presencia es una forma difícil de cuidado, y quizás resulta aún más difícil por el hecho de que es muy poco lo que se puede hacer. Pero tal presencia requiere un profundo sacrificio, de tiempo y quizás también de un distanciamiento emocional del sufrimiento y la tristeza.

Nuestra vida ajetreteada (así como nuestro trabajo)⁹ hace que esa presencia sea poco común en la era moderna. Cuando me preguntaron qué quería decir

con «cuidar con», no hablé de este sentido de solidaridad, pero es un elemento clave de lo que esperaríamos que una democracia solidaria brinde a sus miembros. También requeriría que reconociéramos que esos sacrificios continuos, el tipo de duelo histórico profundo en el que participan algunos grupos, personas e individuos, son parte del mosaico de cuidados de una sociedad.

Es mucho más probable que la presencia de algunos sea necesitada más que la de otros. Como han escrito muchos académicos afroamericanos, esta es otra forma de integrar estructuralmente la desigualdad en la sociedad, y que algunos deben soportar más muerte y destrucción que otros (Sharpe, 2016). Una forma de mejorar nuestro sentido de la solidaridad bien podría ser insistir en formas de presencia que estén fuera de nuestros marcos normales de vida. Esta es otra razón por la que el aislamiento y la segregación social son tan perjudiciales: dificultan la presencia.

La presencia puede parecer sencilla pero, en realidad, estar con otra persona, con una persona mayor que podría ser frágil, sufrir demencia o estarse muriendo, requiere un compromiso difícil que va en contra de todas las directrices de la vida moderna. Requiere, sobre todo, tiempo. Para poder cuidar de las personas mayores con nuestra presencia, necesitaríamos reorganizar aspectos estructurales profundos de nuestros estilos de vida actuales, y esto requeriría sacrificio. ¿De quién debería esperarse el sacrificio y a quién se le debería aliviar? Estos son los tipos de cuestiones que un pueblo democrático debería preocuparse por resolver.

Conclusión

Vivimos en culturas donde rara vez prestamos atención a estos aspectos críticos de la vida: la crisis de ser una carga, una voz, una presencia. Pero si lo pensamos bien, esta es la más radical de las demandas. En *Herland*, Charlotte Perkins Gilman imaginó una utopía (bastante imperfecta) que intentaba responder a la pregunta: ¿cómo organizaríamos la sociedad si nuestro objetivo fuera asegurarnos de que todos los niños recibieran una buena educación? Sugiero que nuestro desafío al pensar en el envejecimiento y el cuidado

podría plantearse de otra manera: ¿cómo organizaríamos la sociedad si nuestro objetivo fuera asegurarnos de que todas las personas puedan llegar bien al final de sus vidas? Tendríamos que reordenar la sociedad de una manera fundamental para que la presencia y la voz, con sus aspectos positivos y frustraciones, sean posibles cuando sean necesarias y no parezcan una carga.

Hacer hincapié en estas formas no económicas de pensar qué es el cuidado y por qué es importante ayuda a evitar que nos quedemos demasiado cautivados por los poderes voraces de las formas neoliberales de vivir. Hacer hincapié en el cuidado democrático y pensar en lo que puede significar el envejecimiento en una sociedad así nos ayudará a hacer que nuestras prácticas de cuidado sean menos nocivas y más justas.

No podemos prometernos un buen cuidado, pero podemos tener la esperanza de que haya más maneras de intentar conseguirlo. Reorganizar el tiempo, a partir de *Part Time for All* (2023) de Jennifer Nedelsky y Tom Malleon, servirá de ayuda. También lo será participar en más prácticas que incentiven la comunalidad (Zechner, 2021) y buscar la convivencia. Los maoríes, antes de aceptar participar en un proyecto de investigación, preguntan cómo la investigación y los resultados demuestran amor por la gente. En el manifiesto alemán sobre el cuidado del grupo Care.Macht.Mehr, «Clean Up Time!» (Brückner *et al.*, 2022) se hace un llamamiento similar para estudiar los efectos de las políticas en las prácticas del cuidado. Se puede hacer mucho, siempre y cuando mantengamos firmemente fijada nuestra vista en la estrella polar de la inclusión democrática. En realidad, todos hemos olvidado cómo ser ciudadanos. Remodelar nuestro pensamiento en torno a este tipo de preguntas sobre las personas mayores y, de hecho, sobre todas las personas, puede brindarnos de nuevo una manera de pensar y actuar más clara. Quizás los efectos sean saludables; y, para terminar con un deseo, que todos envejecamos bien.

Notas

1. Una versión anterior de este artículo se presentó en la conferencia «Aging in a Caring Society? Theories in Conversation» Graz, Austria, 20 de septiembre de 2023. Agradezco a la audiencia del evento los valiosos comentarios.
2. Por ejemplo, como los afroamericanos han dicho durante mucho tiempo: «Cuando los blancos dicen “justicia”, quieren decir “solo nosotros”». (Nota de la T.: Es un juego de palabras en inglés dónde «justice» y «just us» tienen una fonética muy parecida.)
3. Los impuestos sobre el patrimonio son mucho más bajos que los impuestos sobre la renta. Los impuestos sobre sociedades son más bajos que los impuestos individuales. Si se estableciera un impuesto sobre el patrimonio, generaría grandes cantidades de ingresos en todo el mundo. Ver, *inter alia*, (Saez y Zucman, 2019, Commission on a Gender-Equal Economy 2021, 79-80).
4. Este tema es objeto de una extensa bibliografía sobre el cuidado, considerado como una nueva forma de explotación colonial a través de la «fuga de cuidados». Véase *inter alia*, (Bastia, 2015; Crozier, 2010; Eckenwiler, 2014; Lutz, 2011; Marchetti, 2022; Raghuram, 2009; Spanger, Dahl y Peterson, 2017; Tronto, 2011; Williams, 2018; Zhou, 2013).
5. Otro relato de los daños causados por los recortes del Estado británico describe cómo han erosionado la comunidad y han hecho más difícil la «convivencia». Ver (Samanani, 2022).
6. (Gilligan, 1996, 2004, 2013; Gilligan, McLean y Sullivan, 1997; Gilligan y Richards, 2009).
7. La cuestión se expresó de manera sucinta, con respecto a Estados Unidos: «los hospitales ayudaron a sentar las bases de la crisis laboral mucho antes de la llegada del coronavirus. Con la intención de mejorar sus resultados, los hospitales buscaron conseguir más trabajo de menos empleados». (Robbins, Thomas y Silver-Greenberg, 2022).
8. Sorprendentemente, esta capacidad de presencia puede no limitarse a los humanos. Los gatos en residencias de ancianos a veces buscan a los moribundos y permanecen con ellos hasta que fallecen (Dosa, 2011).

9. Nota de la T.: Juego de palabras en inglés donde «busy-ness» (estar ocupado) y «business» (trabajo) fonéticamente suenan muy parecido.

Bibliografía

- Bastia T. Looking after granny: A transnational ethic of care and responsibility. *Geoforum*. 2015; 64: 121-129. Disponible en: doi: 10.1016/j.geoforum.2015.06.014
- Bourgault S. Prolegomena to a caring bureaucracy. *European Journal of Women's Studies* 24. 2017; (3): 202-217.
- Brückner M, Fleischer E, Gather C, Luck F, Jurczyk K, Rerrich MS, Thiessen B, and Weicht B. Clean up time! Redesigning care after COVID-19: a position paper on the care crisis from Austria, Germany and Switzerland. *International Journal of Care and Caring*. 2022; 6 (1-2): 247-251. Disponible en: doi: 10.1332/239788221x16153878820658
- Cahill E, Lewis L, Barg FK, Bogner H. You Don't Want to Burden Them Older Adults' Views on Family Involvement in Care. *Journal of family nursing*. 2009; 15 (3): 295-317.
- Commission on a Gender-Equal Economy. *Creating a Caring Economy: A Call to Action*. Londres: Women's Budget Group; 2021.
- Crozier GKD. Care Workers in the Global Market: Appraising Application of Feminist Care Ethics. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. 2020; 3(1): 113-137.
- Dahl HM. *Struggles in (Elderly) Care: A Feminist View*. Londres: Palgrave; 2017.
- Dosa D. *Making the Rounds with Oscar*. Londres: Headline Publishing Group; 2011.
- Dowling E. *The Care Crisis: What Cased It and How Can We End It?* Londres: Verso; 2022.
- Du Bois WEB. *Strivings of the Negro People*. *The Atlantic Monthly*, Agosto; 1897.

- Eckenwiler L. Care worker migration, global health equity, and ethical place-making. *Women's Studies International Forum*. 2014; 47: 213-222. Disponible en: doi: 10.1016/j.wsif.2014.04.003
- Fraser N. *Cannibal Capitalism: How Our System is Devouring Democracy, Care, and the Planet –And What We Can Do About It*. Londres: Verso; 2022.
- Gilligan C. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Rev. ed. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1993.
- Gilligan C. The Centrality of relationship in human development: a puzzle, some evidence, and a theory. En: *Development and Vulnerability in Close Relationships*, editado por Gil G. Noam y Kurt W. Fischer, 237-261. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1996.
- Gilligan C. *Recovering Psyche*. *Annual of Psychoanalysis*. 2004; 32: 131-147.
- Gilligan C. *Joining the Resistance*. Malden, MA: Polity; 2013.
- Gilligan C, McLean T, Sullivan AM. *Between Voice and Silence: Women and Girls, Race and Relationships*. Cambridge MA: Harvard University Press; 1997.
- Gilligan C, Richards D. *The Deepening Darkness: Patriarchy, Resistance, and Democracy's Future*. Nueva York: Cambridge University Press; 2009.
- Grard C, Baquet Ch, Mugisha LE. *Par-dessus les épaules des stagiaires: La profession infirmière*. Vottem: Snel; 2023.
- Gullette M. *Ending Ageism: or How Not to Shoot Old People*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2017.
- Haeusermann T, Romero-Kornblum H, Dzenge E. Of care, cure and the in-between: COVID-19 treatment in a New York City intensive care unit. *International Journal of Care and Caring*. 2022; 6 (1): 67-84. Disponible en: doi: 10.1332/239788221x16316503274460
- Hirschman AO. *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1970.

- Lutz H. *The New Maids: Transnational Women and the Care Economy*. Nueva York: Zed Books; 2011.
- MacLean N. *Democracy in Chains: The Deep History of the Radical Right's Stealth Plan for America*. Nueva York: Viking; 2017.
- Marchetti S. *Migration and Domestic Work*, IMISCOE Research Series. Cham, Suiza: Springer; 2022.
- Marshall TH, Bottomore T. *Citizenship and Social Class*. Concord, MA: Pluto Press; 1992 [1950].
- Nedelsky J, Malleson T. *Part Time for All: A Care Manifesto*. Nueva York: Oxford University Press; 2023.
- Okin S. *Justice, Gender and the Family*. Nueva York: Basic; 1989.
- Pew Research Center. *Looking to the Future, Public Sees an America in Decline on Many Fronts*. Washington DC: Pew Research Center; 2019.
- Pieper O. *Germany Recruits Care Aides from Latin America*. DW, acceso 8 de septiembre. 2023. Disponible en: <https://www.dw.com/en/germany-recruits-care-workers-from-brazil-and-mexico/a-65715614?>
- Polanyi K. *The Great Transformation*. Boston: Beacon Press; 2001 [1944].
- Raghuram P. *Caring about 'Brain Drain' Migration in a Postcolonial World*. *Geoforum*. 2009; 40 (1): 25-33.
- Robbins R, Thomas K, Silver-Greenberg J. *Profits Over Patients: How a Sprawling Hospital Chain Ignited Its Own Staffing Crisis*. *New York Times*, diciembre 15, 2022.
- Saez E, Zucman G. *How to Tax Our Way Back to Justice*. *New York Times*, oct 11. 2019. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2019/10/11/opinion/sunday/wealth-income-tax-rate.html>
- Samanani F. *How to Live With Each Other: An Anthropologist's Notes on Sharing a Divided World*. Londres: Profile Books; 2022.
- Schaffer T. *Communities of Care: The Social Ethics of Victorian Fiction*. Princeton NJ: Princeton University Press; 2021.

Sharpe C. *In the Wake: On Blackness and Being*. Durham NC: Duke University Press; 2016.

Spanger M, Marlene Dahl H, Peterson E. Rethinking Global Care Chains through the Perspective of Heterogeneous States, Discursive Framings and Multi-Level Governance. *Nordic Journal of Migration Research* 7 (4). 2017. Disponible en: doi: 10.1515/njmr-2017-0029

Tronto JC. A Democratic Feminist Ethics of Care and Global Care Workers: Citizenship and Responsibility. *Feminist Ethics and Social Policy: Towards a New Global Political Economy of Care*, editado por Rianne Mahon y Fiona Robinson, 162-177. Vancouver: University of British Columbia Press; 2011.

Williams F. Care: Intersections of scales, inequalities and crises. *Current Sociology*. 2018; 66 (4): 547-561.

Zechner M. *Commoning Care & Collective Power: Childcare Commons and the micropolitics of municipalism in Barcelona*. Viena: transversal texts; 2021.

Zhou Yanqiu R. Toward transnational care interdependence: Rethinking the relationships between care, immigration and social policy. *Global Social Policy*. 2013; 13 (3): 280-298. Disponible en: doi: 10.1177/1468018113499573

**Políticas públicas de
cuidado: ¿democráticas
y eficientes?**

El rol de los servicios públicos en la crisis de los cuidados: diagnóstico y soluciones

David Palomera

Doctor en Políticas Públicas por la UAB

El envejecimiento de la población y las dificultades para proveer suficientes cuidados de calidad, con la consiguiente profundización de la crisis de cuidados, es un reto social mayúsculo para nuestras sociedades. Aquí quiero pergeñar unos apuntes que considero cruciales respecto al rol de las Administraciones públicas en esta crisis. Mi tesis parte de una premisa teórica mencionada numerosas veces por la filósofa política Joan Tronto: una de las causas fundamentales de la crisis de cuidados es que tenemos una sociedad demasiado centrada en la generación de relaciones de mercados para la acumulación privada de riqueza y poco centrada en generar relaciones y procesos de cuidado. Igualmente, sostengo que las relaciones jerárquicas y burocráticas estatales ponen en segundo plano la democratización y territorialización necesarias para la provisión de cuidados.¹ Para atajar estos déficits, numerosas propuestas se suelen enfocar en implementar una mayor financiación de nuestro sistema asistencial que permita expandir la contratación de trabajadoras del cuidado. No obstante, a continuación sostengo que esta táctica es insuficiente y ha de ser solo parte de una estrategia más amplia de reforma de unos sistemas organizativos de atención públicos y privados que considero no están bien diseñados para expandir y fortalecer las instituciones comunitarias, esenciales para atajar la crisis de los cuidados. Para tal reforma organizativa, primero hay que entender las lógicas organizativas dominantes y analizar cómo estas se relacionan con los conflictos y las desigualdades sociales en la provisión de cuidados sociales.²

Expansión de servicios en un contexto de retroceso del estado de bienestar

En los años ochenta, mientras en otros países europeos (como Dinamarca) se había incluido la atención a la gente mayor como un pilar central del estado de bienestar, en España y Cataluña llegábamos a esa década con un modelo familiarista, consistente en una provisión de cuidados realizada mayormente por la familia y en la externalización de la asistencia social pública a organizaciones sin ánimo de lucro, especialmente religiosas. A partir de los años noventa, ante el envejecimiento de la población y la entrada de la mujer en el mercado laboral (y la consiguiente reducción de recursos familiares), se producirá una demanda creciente y continua de servicios de cuidados que llevará a un crecimiento de servicios públicos y privados. Ahora bien, la consiguiente expansión de los servicios de cuidados en nuestro Estado se producirá al mismo tiempo en un contexto en que se producía en todo el mundo una profundización de la crisis del estado de bienestar –una crisis inducida y generada por las élites económicas, como explica David Anisi–³ y que conllevará a un límite en el gasto y mercantilización de los servicios públicos. Así, y esto es común en toda Europa, las políticas públicas desde la década de 1980 han tenido como eje central la «racionalización» de los servicios públicos en términos de gasto público y/o de generar rentabilidad para la inversión privada.

Ante la necesidad de aumentar la cobertura pública⁴ en un contexto de límite del gasto público, las Administraciones han buscado la creación y generación de economías de escala para reducir costes, haciendo crecer el tamaño de los servicios y estandarizando su provisión y financiación al estilo de producción fordista. Aquí, un denominador común entre países ha sido la fuerte entrada de lo que se llamó Nueva Gestión Pública, una serie de reformas propugnadas en la misma época en que se ponía en cuestión las instituciones estatales públicas, y que buscaban introducir lógicas de proveedor-cliente, reducir y fragmentar la burocracia para incluir lógicas de competición entre Administraciones y empresas privadas, flexibilizar procedimientos, descentralizar la provisión, poner como objetivos resultados y no procesos, y maximizar la eficiencia entre costes y beneficios.⁵ La llegada de la Nueva Gestión Pública motivará la creación de estructuras profesionaliza-

das de gestión y una proliferación de organismos especializados y agencias con personal de coordinación y técnico. Así, la Nueva Gestión Pública traerá consigo una formalización de las relaciones entre la atención directa, los cargos intermedios y los cargos de gestión, antes más informales y basadas en relaciones de confianza.⁶

En Cataluña, por ejemplo, estas reformas se traducirán en servicios domiciliarios donde las trabajadoras familiares pasarán a trabajar para organizaciones subcontratadas por entes municipales, dirigidas por coordinadores/as de gestión, y fragmentadas entre diferentes entidades regidas por una cultura basada en las normas y reglas de la contratación pública. Y ahí donde no hay mercado, los servicios han tendido a estar gestionados de forma centralizada por organismos supralocales o dependientes de municipios más grandes. Por supuesto, existen diferencias importantes en el diseño de estas reformas y su impacto, diferencias basadas sobre todo en el estado de bienestar preexistente a ellas y la cultura que habían generado.⁷ Así, en Dinamarca, a pesar de los intentos de externalización y privatización, aún predominan los servicios a domicilio de provisión pública y local integrados con el sistema sanitario público, donde la externalización no ha alcanzado más de un 30% de la provisión, mientras que en Cataluña, el nivel de externalización de los servicios llega a cotas de entre un 70% y un 90% y estos sufren de escasa integración con los servicios sanitarios. Ahora bien, a pesar de diferencias significativas en el tipo formal de proveedor, la penetración de las reformas de austeridad, mercantilistas y de Nueva Gestión Pública han sido extensas y la lógica mercantil ha influenciado tanto a organizaciones públicas como privadas.

Fragmentación, financierización y pobreza en el sector de los cuidados sociales

Contrario a sus objetivos y declaración de intenciones, la realidad es que frecuentemente estas reformas no solo no han aumentado la satisfacción de quien recibe y quien provee los servicios, sino que tampoco han mejorado la eficiencia en el uso de los recursos públicos. Como ya han indicado investigaciones previas, las reformas mercantilistas y de Nueva Gestión Pública han

aumentado paradójicamente la burocratización y las ineficiencias de los sistemas jerárquicos,⁸ dejándonos con lo que se ha denominado «posburocacia».⁹ Como explico a continuación, la descentralización, la fragmentación, la externalización y la estandarización han generado una maquinaria de contratación de baja confianza entre múltiples actores, donde la Administración implementa sistemas de contratación y control para grandes contratos que benefician a actores particulares que tienen pocos incentivos para innovar y mejorar la calidad de los servicios, y donde las trabajadoras y trabajadores del cuidado han perdido autonomía para ejercer su labor. Así, las lógicas burocráticas y mercantiles dominan el sector de cuidados, un modo de operar con escasa capacidad para dar la flexibilidad y adaptación que requieren las lógicas y procesos de cuidado.¹⁰ Pero veamos al detalle qué tres problemas principales he detectado.

En primer lugar, uno de los problemas del actual sistema de cuidados es una fragmentación de tipo vertical entre proveedores y administradores y otra de tipo horizontal entre Administraciones. Por un lado, esta fragmentación ha llevado a un aumento de la asimetría de información entre actores y a la necesidad de reforzar una cultura de la contratación y estandarización para poder controlar mejor el trabajo de los demás. De esta forma, se han acabado imponiendo frecuentemente cadenas de mando complejas que han de rendir cuentas a través de la gestión de sistemas de control y generación de información para terceros de un gran volumen de servicios. En estos sistemas se ha vuelto demasiado central el control de los escasos recursos tangibles, en forma de recursos monetarios usados, horas de provisión, incidencias, etc. Los actores se encuentran en una constante necesidad de desempeñarse bien bajo estos sistemas, tanto si miden bien o mal la calidad, mientras que, ante una falta de financiación privada y pública estructural, los actores sostienen una disputa constante (no necesariamente explícita) por la distribución de recursos financieros y responsabilidades. Así, debido a la complejidad del sistema, y ante los enormes riesgos financieros de una mala gestión por alguna de las partes, es común en el sector una falta de confianza entre las entidades del sistema, lo que en último término produce enormes barreras para la innovación en los servicios (más allá de las innovaciones para controlar mejor el gasto).

Además, las lógicas de cuidado se basan a menudo en la construcción de relaciones de confianza entre proveedores y receptores de cuidados, relaciones que muchas veces generan resultados intangibles difícilmente cuantificables en estructuras de coste y horas provistas. Es justamente por la incapacidad de medir los componentes intangibles del cuidado, y por tanto la calidad del servicio, que las Administraciones se ven habitualmente abocadas a medir solo variables estructurales y de recursos,¹¹ como son ratios de cobertura, medios destinados al servicio, horas de trabajo realizadas, etc. Por otro lado, la fragmentación horizontal ha mermado la capacidad del sector público de actuar de una forma unificada y resolver situaciones complejas. Esto se hizo especialmente latente durante la crisis de la COVID-19, con una falta de coordinación e integración de los servicios médicos y de cuidados sociales. Asimismo, en España, a diferencia de casos como el danés, donde múltiples servicios operan bajo el control municipal, la fragmentación también toma forma en los diferentes niveles competenciales entre municipio, comunidad autónoma y Estado. De nuevo, esto produce dificultades para introducir cambios en los modelos de atención y avanzar hacia una mayor coordinación.

En segundo lugar, encontramos que dentro de los sistemas de provisión se podría estar tendiendo a una concentración de mercado de grandes empresas con ánimo de lucro. Estas son capaces de sacar provecho de las economías de escala que requiere la gestión administrativa y licitar, ganar y gestionar en el territorio numerosos contratos públicos a la vez. Estos actores, lejos de ser una amenaza para los administradores y administradoras públicos, ofrecen a través de sus jerarquías privadas soluciones de gestión, organización y control en el actual contexto de baja financiación pública. Como he mencionado en el párrafo anterior, el gran volumen de servicios y tamaño de las residencias significa que un error en la gestión o en la disciplina laboral puede conllevar grandes pérdidas económicas para la empresa proveedora. La entrada de estos actores globales, aparte de las valoraciones éticas sobre su participación en el sector de los cuidados, presenta numerosos riesgos para la misma calidad del servicio y su sostenibilidad, incluyendo aquí el peligro para el servicio de tácticas de reducción de gasto agresivas, sobre todo en gastos laborales, que representan la mayor parte de los costes. Además, un mercado global crecientemente financierizado introduce un nuevo riesgo financiero en el

sector de los cuidados, sobre todo cuando la gestión de servicios públicos pasa a formar parte de las tácticas de inversión y apalancamiento de estructuras corporativas globales (tácticas que incluso pueden incluir el uso de la gestión de servicios públicos como empresas pantalla para acumular la deuda de la empresa matriz).¹² El poder financiero y político creciente de las multinacionales y corporaciones en el sector de los cuidados requiere de un mayor control democrático sobre estas por parte de nuestros gobiernos. Así, en el corto plazo, la regulación y la transparencia son claves. No obstante, nuestro sistema aún presenta numerosas deficiencias en esta área.¹³

En tercer y último lugar, es importante poner en el centro del debate que los beneficios monetarios se producen en un contexto de elevada precariedad y falta de autonomía del trabajo del cuidado. A nivel salarial, y según datos del IDESCAT, el trabajo del cuidado ha empeorado su poder adquisitivo en las últimas dos décadas mientras que las empresas con ánimo de lucro consiguen de media unos márgenes de beneficio netos de cerca de un 10%.¹⁴ Ante unas relaciones sindicales y laborales altamente fragmentadas y de escasa cobertura, el trabajo del cuidado es realizado en condiciones de pobreza de las trabajadoras, que además no tienen sus propias necesidades de cuidado cubiertas. En las grandes ciudades europeas, donde los costes habitacionales no dejan de crecer, las trabajadoras de cuidados de los mismos servicios municipales tienen dificultades para pagar sus propios cuidados y suelen ser usuarias comunes en los centros de servicios sociales. De nuevo, las malas condiciones de trabajo no solo deberían generar una preocupación ética, sino también preocuparnos por el efecto sobre la calidad de los servicios. Las condiciones laborales precarias conllevan altos niveles de rotación de la plantilla y, por tanto, acarrear una falta de continuidad de las relaciones de cuidados entre proveedor/a y receptor/a y una incapacidad de profesionalizar el sector. Así, y también debido a deficiencias en la gestión de los recursos humanos, personas atendidas bajo los servicios de atención domiciliaria se encuentran con que decenas de cuidadoras pueden pasar por sus casas en un mes. En último término, la precariedad laboral lleva a la destrucción de las relaciones de cuidado, dinamitando la ética y la interdependencia que las caracterizan.¹⁵ En consecuencia, las malas condiciones laborales están trayendo un grave problema para encontrar trabajadoras con formación y vocación en el sector, tanto en Cataluña como en toda Europa.¹⁶

En resumen, cuando analizamos los límites de las reformas administrativas de los últimos años, vemos que los elementos más problemáticos son la asimetría de información, la intangibilidad y dificultades para medir los resultados de los servicios, la estandarización de estos y la concentración de mercado por parte de grandes actores económicos, así como la escasa valoración y autonomía de las trabajadoras. En definitiva, tenemos un sistema basado en las relaciones cliente-proveedor mediante lazos de baja confianza que al final benefician a grandes burocracias corporativas privadas y públicas poco conectadas con las necesidades de la gente mayor y de las comunidades a las que la Administración pública se debe.

Propuestas para reforzar la lógica del cuidado en los servicios públicos

Una de las vías para resolver de forma integral los problemas antes mencionados es avanzar hacia sistemas de provisión público-comunitarios y locales, donde la gestión pública sea capaz de simplificar y adaptarse mejor a las necesidades de la comunidad e incluir una mayor participación y control de las partes implicadas, incluyendo a las receptoras y proveedoras de cuidados. Las iniciativas público-comunitarias han de fortalecer la gestión democrática, facilitando la capacidad de gestionar los conflictos inherentes de la sociedad a través de la corresponsabilidad, los conocimientos y la voluntad de las partes implicadas. Es imprescindible aquí lograr una mayor integración de los servicios públicos y privados y mejorar la capacidad de decisión de trabajadores y trabajadoras.

En Europa tenemos numerosas experiencias de reformas administrativas e institucionales que buscan incluir criterios democráticos y territoriales. Por ejemplo, un modelo relativamente famoso en el sector es el modelo de autogestión de Buurtzorg, implementado con éxito por una entidad sin ánimo de lucro en Holanda.¹⁷ Bajo este modelo, las trabajadoras de atención domiciliaria forman pequeños equipos autogestionados e interdisciplinarios que planifican y organizan el trabajo de cuidados sin líderes ni figuras de coordinación. Equipos conjuntos de cuidadoras y enfermeras buscan integrar a las

personas atendidas y cuidadores/as informales en la planificación semanal, a la vez que estas últimas conocen a todos los miembros del equipo y pueden ponerse en contacto fácilmente. Con este modelo se busca dar más flexibilidad y capacidad de decisión a las trabajadoras; reducir la rotación de las personas que visitan un hogar y así aumentar la confianza y el conocimiento entre partes; y adaptarse a las necesidades de las personas atendidas, ofreciendo una mayor capacidad de detección y acción por parte de las trabajadoras. Igualmente, se usa la oportunidad para aumentar la eficiencia en la provisión, evitando desplazamientos innecesarios o reduciendo figuras intermedias, a la vez que se mejoran los canales de información entre profesionales con una mayor integración y coordinación entre servicios de cuidados y otros servicios públicos y privados. Las cuidadoras cobran centralidad, se sienten más acompañadas y se pueden convertir así en importantes activos comunitarios, mientras que otros profesionales, como las enfermeras, tienen la oportunidad de conocer mejor las necesidades de las personas y ofrecer una atención más integral.

El modelo de Buurtzorg está siendo adoptado por numerosos territorios en Europa. En Dinamarca, un tercio de los municipios del país están aplicando programas piloto, mientras que en Cataluña un número inferior de municipios consideran e implementan el modelo, incluyendo El Prat de Llobregat y Barcelona, que han puesto en funcionamiento las «Illes socials» o «Superilles socials».¹⁸ Los estudios realizados hasta ahora señalan que este modelo puede mejorar el servicio y la calidad del trabajo, a la vez que refuerza el sentido comunitario de los cuidados y se avanza hacia una mejor distribución y democratización.¹⁹ Además, la introducción de reformas permite cuestionar los indicadores que se están usando para medir la calidad y experimentar con otros nuevos. Por ejemplo, en lugar de simplemente calcular el número de horas totales provistas en un hogar, se intenta calcular el número de cuidadores o cuidadoras que visitan un hogar en una semana para así intentar reducir la rotación y fortalecer las relaciones de confianza y conocimiento mutuo. Ahora bien, también es necesario analizar críticamente estas reformas que buscan una mayor horizontalidad. Es necesario ver después de su implementación cómo se ejerce la autoridad, quién la ejerce y qué efectos tienen en las condiciones materiales de las trabajadoras y trabajadores.

A través de investigar la implementación del modelo en Dinamarca y Cataluña, he intentado entender el contraste entre la rapidez con la que se ha difundido el modelo en el país nórdico y los límites y barreras que padecen los municipios en España para introducir este tipo de cambios. Después de realizar entrevistas en ambos países, he llegado a la conclusión de que el éxito danés se debe a un sistema de cuidados –que como ya he explicado tiene un carácter local y de gestión pública directa– más integrado tanto horizontal como verticalmente, y donde el gobierno nacional apoya con recursos técnicos y financieros reformas a nivel local. Cataluña carece de este contexto. La complejidad del sistema, la fragmentación, la infrafinanciación y la falta de apoyo supralocal son importantes barreras de cara a la transformación de los servicios públicos. Los municipios han de apoyarse casi exclusivamente en su propia iniciativa y recursos financieros y técnicos para introducir programas piloto, dejando la experimentación para aquellos municipios con más recursos y/o para aquellos con gerencias que están dispuestas a hacer un sobreesfuerzo, incluyendo ganarse la confianza de los numerosos actores del sistema. Municipios como El Prat de Llobregat entendieron que la innovación sería más sencilla internalizando el servicio, ofreciendo un mejor acompañamiento y sostenibilidad a los cambios producidos. Y a pesar de ello, pilotos como las «superilles socials», si bien han logrado avances en una mayor integración con los servicios sociales, que es competencia municipal, también es cierto que sufren importantes límites para integrarse con los servicios sanitarios y de cuidados, que son competencia de la Generalitat.

A pesar de las necesarias y urgentes reformas de los servicios públicos, también debemos tener en cuenta que los gobiernos seguirán teniendo importantes presiones para contener el gasto público en envejecimiento, por lo que se requieren transformaciones más radicales que cuestionen cómo organizamos nuestras relaciones de cuidado, dentro y fuera de los servicios existentes. Aquí es importante señalar que la acumulación privada de la riqueza y la mercantilización de nuestras vidas producen un vaciamiento de los recursos de tiempo y humanos disponibles para el cuidado, siendo una causa fundamental (si no la principal) de la crisis del cuidado que enfrentamos.²⁰ Igualmente, estamos viendo un crecimiento de los niveles de explotación de mujeres de bajos ingresos (y normalmente de origen migrante) que pone límites a la

revaluación y profesionalización de las trabajadoras del cuidado tanto en las esferas privadas como públicas.²¹ Así, el giro comunitario ha de buscar apoyar y aumentar los recursos propios de la comunidad, reconocer más el trabajo del cuidado no remunerado y redistribuir mejor las responsabilidades de cuidado formales e informales a través de las divisiones de género, étnicas y de clase.²² En definitiva, el reto social de la crisis del cuidado requiere una serie de transformaciones profundas que no solo revaloricen el rol del Estado en la provisión del cuidado, sino que también reconfiguren y reorganicen las instituciones del Estado, el mercado, la familia y la comunidad para fortalecer las lógicas del cuidado en nuestra sociedad.

Notas

1. Espai Zero Vuit. Cap a un model públic-comunitari per la provisió de serveis públics. El cas dels serveis de cures a Catalunya. 2023. Disponible en: <https://www.espaizerovuit.com/2023/05/14/cap-a-un-model-public-comunitari-per-la-provisio-de-serveis-publics/>
2. De Miguel J. El mito de la sociedad organizada. Barcelona: Península; 1990.
3. Anisi D. Creadores de escasez: del bienestar al miedo. Madrid: Alianza Editorial; 1995.
4. Incluyendo aquí en España la universalización del servicio de dependencia a través de la Ley de Dependencia de 2006.
5. Hood C. A Public Management for All Seasons? Public Administration. 1991; 69(1): 3-19.
6. Torsteinsen H. Why Does Post-Bureaucracy Lead to More Formalisation? Local Government Studies. 2012; 38(3): 321-344.
7. Palomera D, León M. The Growth and Consequences of Quasi-markets in Long-term care. En: Daly M, Gilbert N, Pfau-Effinger B, Besharov D, editores. International Handbook of Family Policy: A Life-Course Perspective. Oxford University Press; 2013.

8. Rostgaard T, Szebehely M. Changing policies, changing patterns of care: Danish and Swedish home care at the crossroads. *European Journal of Ageing*. 2012; 9: 101-109.
9. *Ibídem* 6.
10. *Ibídem* 8.
11. Isaksson D, Blomqvist P, Winblad U. Privatization of social care delivery—how can contracts be specified? *Public Management Review*. 2018; 20(11): 1.643-1.662.
12. Burns D. et al. Where Does The Money Go? Financialised Chains and the Crisis in Residential Care. Manchester: CRESC; 2016. Disponible en: <https://hummedia.manchester.ac.uk/institutes/cresc/research/WDTMG%20FINAL%20-01-3-2016.pdf>; véase también: Godino A, Molina O. The industrial relations chameleon: collective bargaining in the facility management business. *Employee Relations: The International Journal*. 2022; 44(7): 1-18.
13. Pérez-Durán I, Hernández-Sánchez A. Transparency in nursing home services: a legal requirement and an issue of concern before and during COVID-19 in Spain? *Revista Española de Ciencia Política*. 2021; (57): 77-109.
14. *Ibídem* 1.
15. Tronto JC. *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. Londres: Routledge; 1993.
16. Eurofund. *Long-term care workforce: Employment and working conditions*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2020.
17. <https://www.buurtzorg.com/>
18. <https://lleengel.cat/barcelona-gent-gran-lsuperilles-socials/>
19. Moreno-Colom S. Construyendo comunidad desde lo público: el caso de las Superilles Sociales. *Revista Española de Sociología*. 2021; 30(2): a27-a27; Kussy A, Palomera D, Silver D. The caring city? A critical reflection

- on Barcelona's municipal experiments in care and the commons. *Urban Studies*. 2022; 00420980221134191.
20. Fraser N. Capitalism's crisis of care. *Dissent*. 2016; 63(4): 30-37.
21. Tronto JC. *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. Nueva York: New York University Press; 2013.
22. Martínez-Buján R. El paradigma de los comunes y la protección social pública como claves hacia el bienestar. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 2020; 38(2): 289-304.

La responsabilidad de la Administración desde la perspectiva de una enfermera

Carme Planas-Campmany

Enfermera, doctora en Ciencias Enfermeras. Directora de Cures Infermeras del Sistema Nacional de Salut de Catalunya

Como enfermera, es un verdadero placer poder compartir una perspectiva amplia y holística sobre las necesidades, preferencias y expectativas de los cuidados que se extiende a lo largo de las dimensiones individual, comunitaria, poblacional e incluso de país, constituyendo un reto que se extiende, más allá de la práctica clínica, a los ámbitos político, social e institucional.

El cuidado de las personas, las comunidades y las poblaciones de un país a través del ejercicio de las funciones asistenciales, docentes, investigadoras, gestoras o de política enfermera representan el corazón de la profesión y el compromiso profesional de enfermeras y enfermeros con la salud y el bienestar de todos y todas. Concretamente, desde la perspectiva enfermera en el ejercicio de la competencia política, que Rosa María Alberdi definió como «la capacidad de intervenir en la redacción, el desarrollo y la gestión de políticas públicas con el objetivo de cambiar las condiciones que producen inequidad»,¹ el cuerpo de enfermería debe contribuir a la consecución equitativa del bien común, participando activamente en las políticas públicas.

De hecho, el Código deontológico de las enfermeras y enfermeros de Cataluña,² que se estructura a partir de cinco valores: responsabilidad, autonomía, intimidad-confidencialidad, justicia social y compromiso profesional, nos insta a ello. Específicamente, la justicia social y el compromiso profesional describen el deber de participar en la formulación y planificación de las políticas sociales y sanitarias a fin de contribuir al bienestar social aplicando una mirada global a la persona, la salud y su entorno, favoreciendo el bien común. De esta forma, cobran relevancia los determinantes de la salud para

la mejora de la misma y el compromiso de reducir las desigualdades con una correcta gestión de los recursos de una forma participada por todas y todos los implicados.

Las políticas públicas de cuidado deben ser democráticas y efectivas, y las medidas que se adopten adecuadas e implantarse dónde y cuándo sean necesarias, evaluando los resultados para determinar si los beneficios en salud y bienestar han sido los esperados, sobre todo desde la perspectiva de quién es el receptor: la ciudadanía.

La combinación de enfermeras y enfermeros y el cuidado, la ética y las políticas públicas de salud establece un marco fundamental que guía las diferentes funciones de enfermería (asistencial, docente, investigadora, gestora y política) en su misión de acompañar a personas, comunidades, poblaciones y naciones a lo largo de su existencia para la mejora de la salud y el bienestar. En este contexto, toman protagonismo la atención centrada en la persona y las comunidades, el respeto a la autonomía, el acceso equitativo a la atención a la salud y la defensa de políticas públicas que promuevan el bienestar de la población de un país, de su ciudadanía y de sus profesionales, de su salud y de su entorno.

El contexto de las políticas públicas del cuidado

El siglo XXI, solo en sus dos primeras décadas, ya nos ha situado en un nuevo concepto del cuidar o del cuidado que nos lleva a replantearnos si las políticas públicas de cuidado actuales son democráticas y efectivas, es decir eficaces y eficientes a la vez, cuando se implementan en condiciones reales.

Se han escrito diversos libros de divulgación sobre ello, como el *Care Manifesto: The politics of interdependence*,³ y artículos especializados, como «The Politics of Care»,⁴ que nos sitúan en el epicentro de una crisis global del cuidado. Autores y teóricos defienden la necesidad de avanzar hacia una sociedad y un mundo realmente cuidador en el que el cuidado esté en el corazón/centro/núcleo de todo lo que somos y todo lo que hacemos como

sociedad para poder prosperar el conjunto de la humanidad a la vez. Las personas que integran el Care Collective determinan que «un gobierno que cuida debe promover la alegría colectiva, no la satisfacción del deseo individual».³ En el mismo sentido, Woodly *et al.* explican que «la política de cuidado es una aproximación al pensamiento y la acción políticas [...] para construir un mundo en el que todas las personas puedan vivir y prosperar».⁴

En consecuencia, se espera que las políticas de cuidado moldeen la salud y el bienestar de la ciudadanía⁵ y den forma a un planeta, a un país, a un territorio, que sitúe a toda la humanidad en igualdad real de oportunidades para prosperar. Y para ello, en un contexto de volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad (VUCA) en un mundo globalizado, los gobiernos y las Administraciones tienen la responsabilidad de desarrollar políticas públicas que tengan en cuenta las consideraciones éticas en torno al cuidado. En este sentido, es necesario un enfoque integrador que sea sensible a la complejidad de la salud y el bienestar de las personas y comunidades diversas, que promueva la justicia y la equidad a la vez que sea capaz de adaptarse a las cambiantes circunstancias locales y globales.

Una Administración que cuida

Las políticas públicas de cuidado son inherentemente complejas debido a la diversidad de objetivos, valores, desigualdades, actores implicados y niveles de gobernanza o de toma de decisiones que intervienen en su implementación.⁶ Una Administración que cuida prioriza el bienestar y la dignidad de las personas y las comunidades, adoptando un enfoque compasivo y humanista del cuidado.

La compasión, desde la perspectiva de quien cuida (aquí la Administración), comprende y reconoce las preocupaciones y el sufrimiento del otro y actúa para mejorarlos.⁷ La compasión implica empatía y preocupación real para con las personas, los colectivos, las poblaciones, los países y el mundo, junto con el deseo de tomar medidas para atender sus necesidades, preferencias y expectativas.

El humanismo en la atención a la salud se caracteriza por una relación compasiva y de respeto entre profesionales de la salud y personal sanitario y las personas y comunidades a las que cuidan. Según The Arnold P. Gold Foundation, los profesionales presentan los siguientes atributos: integridad, excelencia, colaboración y compasión, altruismo, empatía y vocación de servicio.⁸ Si esto lo trasladamos a una Administración que cuida a través de políticas públicas de cuidado, estaríamos frente a una Administración humanista. Podríamos definirla como una Administración íntegra, excelente, compasiva, altruista, empática, que ejerce el respeto a la diversidad y se esfuerza para avanzar en la reducción de los ejes de desigualdad, con vocación de servicio público que ha de ser de calidad, accesible e inclusivo, a la vez que promueve la autonomía de las personas, lejos del paternalismo y la estigmatización. Esta podría ser una definición de una Administración que cuida de la ciudadanía.

Y, en su ejercicio, una Administración del cuidado busca el equilibrio entre los derechos individuales y el bien común o la responsabilidad social, en un contexto, el nuestro, en el cual las políticas públicas de cuidado se extienden más allá de las acciones individuales para atender responsabilidades sociales más amplias que afronten problemas sociales, promuevan la justicia social y apoyen a las comunidades en situación de vulnerabilidad. Y, para ello, concretamente, el sistema sanitario, cuenta con profesionales, servicios y tecnología. De nuevo, más complejidad y más equilibrios.

La Administración responsable de políticas públicas de cuidado, desde la transversalidad de la perspectiva del cuidado en todas las políticas, centradas en la ciudadanía, el país y el planeta, también cuida a los cuidadores. Esto implica una distribución justa y equitativa de profesionales, servicios y tecnología. Sobre la base de un enfoque ético, se ponderan aspectos como:

1. Las responsabilidades profesionales y personales de los que cuidan, para que puedan garantizar cuidados de calidad y seguros, accesibles e inclusivos, compasivos y humanizados, al mismo tiempo que se cuida de su bienestar.
2. La distribución justa y equitativa de los servicios determinando para quién, dónde y cuándo serán proporcionados, evitando la sobreutili-

zación impulsada por el mercantilismo y la infrautilización que generan las desigualdades,⁹ además de considerar su impacto medioambiental y promover prácticas sostenibles.

3. Todo lo relacionado con la tecnología y su uso, con aspectos críticos como la privacidad, la protección de los datos o el uso de la inteligencia artificial.

Son solo algunos ejemplos y, de nuevo, más complejidad y más equilibrios.

Valores y principios de las políticas públicas que cuidan

Las políticas públicas se basan en cómo nos gestionamos como sociedad y qué uso hacemos de los recursos (finitos) de los que disponemos. Es decir, son aquellas que generan estrategias y acciones que favorecen el cuidado con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de las personas, los colectivos, las poblaciones y los países (de todos y todas) promoviendo el bien común. Se basan en valores y principios como la justicia social, la equidad y la inclusión. Es por ello que lo que plantee e impulse la Administración debe tener en cuenta el bien común, los ejes de desigualdad y la participación de los implicados e implicadas.

Así, las políticas públicas que cuidan deben abordar las necesidades, preferencias y expectativas de la ciudadanía y el bienestar de los profesionales de manera equitativa, inclusiva y participativa. ¡Y están vivas! Siempre modeladas por la justicia social, deben adaptarse al contexto y las características de sus verdaderos protagonistas.

La responsabilidad de la Administración

Desde una visión político-estratégica, basada en la justicia social, la equidad y la inclusión, el papel que adquiere y ejerce la Administración es clave para la mejora de la salud y el bienestar de todos y todas, porque es la que formula, planifica, implementa y evalúa las políticas públicas. Debe asegurar que cada

uno de estos procesos se centre en los protagonistas a la vez que se administran de manera sostenible los limitados recursos:

1. La ciudadanía: en sus necesidades, preferencias y expectativas, a la vez que se les acompaña para que avancen en la corresponsabilidad de su salud.
2. Los profesionales de enfermería: en proporcionar un entorno de la práctica asistencial, docente, investigadora y gestora que favorezca el desarrollo de sus funciones y su bienestar, teniendo siempre en cuenta el equilibrio entre las necesidades de las personas y los recursos disponibles.

Tan sencillo y complejo a la vez.

Por un lado, se trata de formular, planificar, implementar y evaluar tomando en consideración el bien común, basado en la justicia social, a fin de disponer de unas políticas públicas democráticas, equitativas, inclusivas y participativas. La sencillez de sus objetivos.

Por otro, cuanto más democráticas, más complejas son las decisiones que ponderan necesidades, preferencias y expectativas de los diversos colectivos ciudadanos. Cada decisión implica el análisis previo del marco jurídico y, si fuera necesario, su adaptación a una sociedad diversa, la nuestra, en un contexto de cambio constante. Priorizan acciones con los recursos disponibles, para asegurar la calidad, la seguridad y la accesibilidad a los mismos. La complejidad de su implementación.

Esta dualidad refleja la naturaleza de la toma de decisiones en políticas públicas.

También se debe sopesar su impacto a corto, medio y largo plazo, así como sus efectos colaterales. La evaluación a partir de estándares basados en la mejor evidencia (disponible) para la mejor práctica (conocida) debe servir para tomar nuevas decisiones dirigidas a mejorar los resultados en salud (mantener, corregir o dejar de hacer) y para rendir cuentas por parte de todas y todos los implicados en la toma de decisiones democráticas.

Conclusiones

El papel y la responsabilidad de la Administración pública en la formulación, planificación, implementación y evaluación de las políticas públicas que cuidan democrática y efectivamente es esencial e ineludible. En este sentido, para abordar los retos que tiene por delante la Administración pública para la transversalización del cuidado en todas las políticas, es necesario que centre su ejercicio en el bienestar y respeto a la dignidad humana.

En este sentido, en lo que atañe a los protagonistas principales, la ciudadanía y los profesionales de enfermería, la Administración que cuida debe velar y actuar con la mirada puesta en unas políticas públicas cuidadoras centradas en:

1. Una ciudadanía que garantice su autonomía, una atención respetuosa y humanista, unos servicios accesibles, de calidad y seguros, y una gestión y asignación equitativa de los recursos. La defensa de la equidad continuará siendo un reto importante.
2. Unos profesionales que garanticen una formación basada en la mejor evidencia disponible y en unos estándares éticos que permitan lograr un elevado nivel del desarrollo de sus competencias teniendo en cuenta los ejes de desigualdad social, y que las puedan ejercer en un entorno de la práctica asistencial, docente, investigadora y gestora que asegure su bienestar y desarrollo profesional.

En resumen, unas políticas públicas de cuidado democráticas y efectivas son unas políticas públicas humanistas.

Notas

1. Alberdi Castell R. La competencia política enfermera. Rev ROL Enferm. 2019; 42(1): 22-30. Disponible en: http://www.rosamariaalberdi.com/wp-content/uploads/2019/12/22_Lacompetencia.pdf
2. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Codi d'ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. 2013. Barcelona. Disponible en: <http://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/12/2013-Codi-dÈtica-de-les-infermeres-i-infermers-de-Catalunya.pdf>

3. Collective C. The Care Manifesto: The Politics of Interdependence. Londres: Verso; 2020.
4. Woodly D et al. The politics of care. Contemp Polit Theory. 2021; 20(4): 890-925. Disponible en: <https://doi.org/10.1057/s41296-021-00515-8>
5. Ulrich, Connie M. Nurses at the Table. Hastings Center Report. 2016; 46: S2-4. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hast.622>
6. Ciccio R, Lombardo E. Care policies in practice: how discourse matters for policy implementation. Policy Soc. 2019; 38(4): 537-553. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14494035.2019.1702278>
7. Lown BA, Rosen J, Martila J. An agenda for improving compassionate care: a survey shows about half of patients say such care is missing. Health Affairs. 2011; 30(9): 1.772-1.778. Disponible en: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0539>
8. The Arnold P. Gold Foundation. FAQs. What is humanism in healthcare? Disponible en: <https://www.gold-foundation.org/about-us/faqs/>
9. Waitzkin H. Right Care Series gets it wrong. Lancet. 2017; 390(10103): 1.642-1.643.

Relación de autores

- Victòria Camps, filósofa y presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- David Palomera, doctor en Políticas Públicas por la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Carme Planas-Campmany, enfermera, doctora en Ciencias Enfermeras. Directora de Cures Infermeres del Sistema Nacional de Salut de Catalunya.
- Joan C. Tronto, profesora emérita del Departamento de Ciencias Políticas de la Universidad de Minnesota (EE.UU.).

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

68. *La necesidad de cuidado: un reto político, social e institucional*
67. *Donación de plasma y altruismo: revisando conceptos*
66. *Eutanasia: los retos jurídicos y administrativos de la LORE*
65. *Vejez, sociedad y salud pública*
64. *Bioética y derecho de la salud pública*
63. *Inteligencia artificial en salud. Retos éticos y científicos*
62. *Soledad no deseada en la era digital*
61. *Discapacidad y equiparación de derechos*
60. *Cuidarse en la sociedad entre pandemias*
59. *La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿sumamos o dividimos?*
58. *Salud pública y COVID*
57. *Ciudades que cuidan, también al final de la vida*
56. *La salud pública, el género y la ética*
55. *Soledad, envejecimiento y final de la vida*
54. *Sexualidad y diversidad funcional*
53. *Nuevos escenarios en salud e investigación clínica*
52. *Ética y promoción de la salud. Libertad-paternalismo*
51. *Una mirada ética en la gestión de conflictos*
50. *Pensar la maternidad*
49. *Publicidad y salud*
48. *Prioridades y políticas sanitarias*
47. *Ética y donación de plasma: una mirada global*
46. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*

45. *CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?*
44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*

20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

5. *Pedagogía de la Bioética*
4. *Repensar el cuerpo*
3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS