



Qué políticas para qué cuidados. Ética del cuidado, justicia, retos y controversias en la acción

Qué políticas para qué cuidados

Ética del cuidado, justicia, retos y controversias en la acción

Dirigido y coordinado por Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets Surribas, Núria Cuxart Ainaud y Anna Ramió Jofre del **Colectivo Minerva**. **Ponente:** Joan Tronto



Colección
Seminario Ética y
valores del cuidar

número 7

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

col·lectiu
minerva

**Qué políticas para
qué cuidados.
Ética del cuidado,
justicia, retos y
controversias en
la acción**

Qué políticas para qué cuidados. Ética del cuidado, justicia, retos y controversias en la acción

Dirección y coordinación

Colectivo Minerva

Ponentes

Joan Tronto

Carmen Domínguez-Alcón

Montserrat Busquets

Núria Cuxart

Anna Ramió



Amb la col·laboració de:

**col·lectiu
minerva**

Qué políticas para qué cuidados.
Ética del cuidado, justicia, retos y controversias en la acción

Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas
c/Jesús i Maria, 6 – 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org

ISBN: 978-84-09-65457-4
Depósito Legal: B 18578-2024

SUMARIO

	Pág.
Dirección, coordinación, ponentes y participantes expertos	9
Presentación <i>Victòria Camps</i>	13
1. Buen cuidado, ética del cuidado y políticas de cuidados Colectivo Minerva: <i>Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets, Núria Cuxart y Anna Ramió</i>	17
2. Abrazando el mal cuidado. Escapando a la injusticia <i>Joan C. Tronto</i>	33
3. Expectativas de los participantes sobre el Seminario Colectivo Minerva: <i>Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets, Núria Cuxart y Anna Ramió</i>	49
4. Rasgos y orientación de las políticas: provisión directa de cuidado en la realidad cotidiana Colectivo Minerva: <i>Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets, Núria Cuxart y Anna Ramió</i>	55
Anexo 4.1	61
Anexo 4.2	63
5. Aportación adicional de expertos	71
5.1 La voz de las mujeres. Género, cuidados y autoridad. Una reflexión sobre la voz profesional enfermera <i>Rosamaría Alberdi</i>	72
5.2 Desafíos éticos y políticos en el cuidado <i>David Cámara</i>	79
5.3 Las competencias éticas como protectoras de nuestra salud individual y colectiva <i>Carme Casas</i>	83
5.4 Ni Estado ni mercado: ¡Cuidado! <i>Oriol Farrés</i>	87
5.5 Del cuidado y la justicia <i>Màrius Morlans</i>	92

5.6 El cuidado comunitario como contribución al bienestar, unos apuntes iniciales	99
<i>Maribel Pasarín</i>	
5.7 La gobernanza de las instituciones y de las políticas de cuidado a personas mayores	107
<i>Ixchel Pérez-Durán</i>	
5.8 Lenguaje enfermero para la aplicación de políticas de visibilización y mejora del cuidado	112
<i>Rosa Rifá</i>	
6. Justicia, retos y controversias en el cuidado	117
<i>Colectivo Minerva: Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets, Núria Cuxart y Anna Ramió</i>	
Consideraciones finales	125
<i>Joan C. Tronto</i>	

Dirección y coordinación

Colectivo Minerva: Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets, Núria Cuxart y Anna Ramió

Ponentes

Joan Tronto

Profesora Emérita de Ciencias Políticas en el Hunter College, en el Graduate Center de la City University de New York y de la Universidad de Minesota.

Carmen Domínguez-Alcón

Doctora en Sociología. École des Hautes Études en Sciences Sociales. París. Ministerio de Educación y Ciencia. Licenciada en Sociología, Universidad Complutense, enfermera.

Montserrat Busquets

Enfermera, máster en Bioética y Derecho, licenciada en Antropología Social y Cultural y doctora en Sociología por la Universitat de Barcelona.

Núria Cuxart

Enfermera y licenciada en Humanidades. Máster en Liderazgo y Gestión de los Servicios de Enfermería por la Universitat de Barcelona.

Anna Ramió

Enfermera, licenciada en Antropología Social y Cultural y doctora en Sociología por la Universitat de Barcelona.

Participantes expertos

Rosamaría Alberdi

Enfermera y psicóloga. Profesora emérita de la Universidad de les Illes Balears.

Montserrat Antonin

Enfermera. Licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universidad Autónoma de Barcelona.

Joan Berenguer

Director de la Fundación Mémora.

Candela Calle

Médico. Directora General de la Fundació Sant Francesc d'Assís.

David Cámara

Profesor investigador del departamento de Enfermería de la Universidad de Girona.

Carme Casas

Trabajadora Social. Programa Atención domiciliaria y equipo PADES. Consorcio Sanitario de Terrassa.

Oriol Farrés

Profesor agregado del Departamento de Filosofía de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Josefina Goberna

Matrona. Doctora en Filosofía, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

Oriol Homs

Sociólogo.

Cristina Lasmarías

Enfermera. Equipo de Transformación de la Atención Intermedia del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

Yolanda Lejardi

Gerente de Transformación del Sistema del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

Montserrat Montaña

Enfermera. Jefe del Programa Docente de Enfermería del Hospital Parc Taulí.

Màrius Morlans

Médico nefrólogo. Presidente del Comité de Bioética de Catalunya.

David Palomera

Investigador sobre Estado del bienestar y curas sociales en IGOP-UAB.

Maribel Pasarín

Direcció de Promoció de la Salut (DIPROMS). Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).

Xavier Pereda

Magistrado de la Audiencia Provincial de Barcelona.

Mercè Pérez

Psicóloga. Doctora en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona, especializada en el envejecimiento e investigadora del Instituto de Gobierno y Políticas Públicas.

Ixchel Pérez-Durán

Profesora agregada del Departamento de Ciencia Política de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Montserrat Puig

Enfermera. Vicerectora de Igualdad y Género de la Universidad de Barcelona.

Mercè Puig-Pey

Trabajadora social. Coordinadora de la Unidad Territorial y del Departamento de Espiritualidad de la Provincia de España. Orden Hospitalario San Juan de Dios.

Jordi Ribot

Catedrático de Derecho Civil de la Universidad de Girona.

Rosa Rifà

Enfermera. Profesora del Grado de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud - Blanquerna – Universidad Ramon Llull.

Núria Terribas

Jurista. Directora de la Fundación Víctor Grífols i Lucas y de la Cátedra de Bioética de la UVic-UCC.

Mireia Vicente

Enfermera. Directora enfermera del Hospital de Mollet.

Àngela Vilà

Enfermera. Adjunta a la Dirección de Enfermería del Hospital Santa Caterina de Girona.

Marta Villanueva

Enfermera de la UCI del Hospital Clínic de Barcelona.

PRESENTACIÓN

Hay que felicitar al Colectivo Minerva por el trabajo constante que está llevando a cabo en torno al título general: «La ética y los valores del cuidado». Desde la perspectiva de la profesión enfermera y de la teoría social, el grupo de mujeres que compone el Colectivo en cuestión se ha tomado muy en serio la importancia emergente que está adquiriendo la obligación de cuidar dentro y fuera del ámbito sanitario, por lo que, desde hace unos años, está liderando una amplia reflexión sobre las luces y sombras que aparecen en el desarrollo de una tarea, la de cuidar, que cada vez es más imprescindible, afecta a más personas, y que conviene ejecutar con rigor y exigencia éticas. Con el apoyo de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, han venido organizando una serie de seminarios que estudian y discuten el pensamiento más pionero que se está produciendo sobre el cuidado, consiguiendo así que el tema en cuestión adquiera la robustez teórica necesaria para ser entendido y aceptado por la ciudadanía y por las organizaciones públicas y privadas como un valor que, según proclamó con acierto Carol Gilligan hace años, «es tan importante como la justicia».

Una de las referencias inevitables en el discurso sobre el cuidado es la de la politóloga Joan Tronto cuyo libro *Caring Democracy* ha tenido la virtud de ampliar la perspectiva desde la que hay que considerar el cuidado, a saber, como una práctica concomitante con el desarrollo y la mejora de las políticas democráticas. El Colectivo Minerva inició sus seminarios con una celebrada conferencia de Joan Tronto quien de nuevo ha tenido a su cargo la ponencia que se reproduce en estas páginas y en torno a la cual ha girado la reflexión de las asistentes al último encuentro. El objetivo fue darle vueltas a la idea del «buen cuidado» o, para ser exactos, a las experiencias de «mal cuidado», que deben ser corregidas si de verdad lo que se intenta es avanzar hacia una forma justa y equitativa de atender a las personas más vulnerables.

Joan Tronto se había referido en uno de sus últimos escritos a «las siete alertas del cuidado», una llamada de atención que ha servido para enhebrar las primeras reflexiones con las que comienza el volumen que ahora se publica. Las «alertas» pretenden tomar en consideración una idea que circula de continuo a propósito de la prestación de servicios –sanitarios o de otro tipo–, y que suele expresarse echando mano del imperativo de que hay que «centrar la atención en la persona». Basta hacer un mínimo esfuerzo de memoria individual, un recorrido rápido por las ocasiones en que nos hemos visto en la tesitura de tener que pedir ayuda a un centro de asistencia público o privado, para constatar que son muy escasos los servicios que realmente tienen en cuenta la singularidad de cada persona no limitándose a seguir una metodología o un protocolo apto para todos los casos más o menos similares. Centrarse en la persona es un esfuerzo extra que no aparece en los pro-

gramas generales ya que exige que estos sean flexibles y adaptables a situaciones diversas. Centrarse en la persona que reclama cuidado significa dedicarle un tiempo no prefijado de antemano, implica detenerse a evaluar los resultados de lo que se hace con el fin expreso de reconocer los fallos en que se incurre y que perjudican a quien está pidiendo ayuda. Las «alertas» de Tronto inciden en una de las ideas a mi juicio más felices de su libro sobre «una democracia cuidadora»: que para cuidar hay que saber detectar las necesidades de las personas más frágiles y más «des-cuidadas», y que, una vez se descubren tales necesidades, es preciso asignar y repartir responsabilidades. A diferencia de lo que ocurre con la justicia o la equidad, un principio cuya aplicación corresponde mayormente a la administración pública, de las obligaciones de cuidado no escapa nadie, ni individuos (mujeres y hombres) ni organizaciones, por lo que la tarea de asignar responsabilidades es compleja y requiere una reflexión sostenida.

Centrar el cuidado en la persona significa asimismo evitar comportamientos excesivamente protectores que buscan más facilitar el trabajo de la persona que cuida que reconocer la autonomía de la persona cuidada y su capacidad de participar en la relación que se establece con quien la cuida. Sin que esa mirada hacia la persona cuidada signifique ignorar otra cuestión que aparece repetidas veces en las discusiones del seminario aquí reseñado, una cuestión hasta ahora obviada por casi todos: la necesidad de dar voz a las personas que cuidan, de «cuidar al cuidador», de escuchar y aprender de su experiencia sin dejarse arrastrar únicamente por las inercias de las organizaciones asistenciales. Las personas cuidadoras conocen mejor que nadie, mejor que las organizaciones que las contratan, cuáles son las necesidades de quienes requieren asistencia; por eso su voz y sus quejas no deben caer en saco roto ni ser menospreciadas. Las «alertas» sobre las que se ha discutido en el seminario son un paso necesario para mejorar la relación de cuidado corrigiendo el equívoco de que los parámetros establecidos son intocables y funcionan adecuadamente. Todo es mejorable, especialmente si hablamos de tareas tan ligadas a relaciones personales, ningún funcionamiento es válido si no se somete a un contraste continuo con lo que las protagonistas del cuidado –cuidadoras y cuidadas– tienen que decir sobre lo que realmente necesitan.

Me parece especialmente acertado el punto de vista propuesto por Tronto de analizar las situaciones de injusticia existentes desde la perspectiva del «mal cuidado». Siempre he creído que la mejor forma de discurrir en el campo de la ética no consiste en tratar de diseñar principios, fines o espacios ideales, ya que estos siempre son puras abstracciones, y como tales, impermeables a la crítica. La única forma de avanzar éticamente es, precisamente, la autocritica, el reconocimiento de lo que se está haciendo mal, de lo que no produce los resultados deseados. Analizar las deficiencias es la vía necesaria para corregirlas. Claro que la tarea es incómoda porque es contraria a la autocomplacencia, pero es la única forma de revisar las críticas fáciles que empiezan por cargar las culpas de las injusticias en espaldas ajenas y generalmente inaccesibles: estructuras, decisiones, cos-

tumbres que se imponen de forma inexorable a la práctica cotidiana. Es cierto, por ejemplo, que la burocracia es un molde que encorseta las actuaciones y pone límites a la flexibilidad que las haría adaptables a cada caso; también lo es que los recursos asistenciales circulan por muchas manos lo cual acaba diluyendo las responsabilidades, o que los avances tecnológicos, en lugar de facilitar la comunicación, la entorpecen con la excusa de la eficiencia. Pero los fallos de un trabajo insatisfactorio no se resuelven con meras denuncias. Si son muchas las manos que intervienen en una mala práctica, algo podrá hacer cada una de ellas para enderezar lo que está torcido. En la forma de proteger, de acompañar, de ayudar al débil siempre hay toques personales posibles, las malas prácticas no siempre dependen exclusivamente de estructuras y costumbres rígidas a las que hay que amoldarse. Sonreír, utilizar un tono amable, ponerse en el lugar del desvalido, procurar que se resuelva el problema en lugar de perpetuarlo, son actitudes, maneras de actuar que dependen de la voluntad de cada uno, no solo de la aplicación de reglas externas.

Desterrar el mal cuidado a un nivel general, según la propuesta de Tronto, debería ir dirigido a construir el *ethos* del que adolecen las democracias actuales. Por muchas estructuras asistenciales que tengamos, por abundantes que sean los recursos económicos y personales (que siempre serán insuficientes), por mucho que avancemos en la formación de las cuidadoras y en el reconocimiento que merecen, si no asimilamos una auténtica «cultura del cuidado», los vicios de la vida en común seguirán desarrollándose. Son los vicios del individualismo, que repercuten en una democracia polarizada, no igualitaria, que discrimina y es injusta con los más necesitados. Al igual que empieza a ser un imperativo considerar el impacto de género al diseñar las distintas políticas que se pretenden llevar a cabo, habría que conseguir que se tuviera también en cuenta el impacto que la necesidad de cuidar tiene o puede tener en las distintas decisiones políticas que se llevan a cabo.

A lo largo de los últimos años, hemos conseguido que el cuidado esté presente en la agenda pública y empiece a ser reconocido como una práctica imprescindible en la sociedad del futuro. Una práctica personal, sin excepciones por razón de género, y colectiva, sin que ninguna empresa –sea pública o privada– deje de tenerla presente en el desempeño de sus funciones. Aunque la enfermería ha actuado con mayor conocimiento de causa como pionera en el reconocimiento del valor del cuidado, hoy hay que aceptar que estamos hablando de una obligación de la que no escapa ninguna profesión que se precie de estar sirviendo, de una u otra manera, al bien común y, por lo tanto, al mayor bienestar de las personas. Incorporar dicha idea al desempeño profesional habrá de repercutir en la formación de ese *ethos* que sustituye la atomización social y el individualismo rampante por un modelo de sociedad más relacional, consciente de la interdependencia que debe unirnos y obligarnos mutuamente. Tal es la perspectiva desde la que el cuidado y la justicia convergen en la medida en que el cultivo del cuidado como algo intrínseco a la formación ética de la persona colaborará en la construcción de una sociedad más equi-

Presentación

tativa y justa. Nos quejamos del excesivo peso que tiene en nuestros análisis la eficiencia económica y el escaso peso que se otorga a los indicadores éticos. Pero el *ethos*, la manera de ser y de relacionarse de los miembros de una sociedad, la manera de ejercer ciudadanía, es una práctica, no una estadística ni una lista de valores teóricamente compartidos. Como viene a decir Tronto, si vivimos en sociedades plagadas de injusticias es que somos malos ciudadanos.

Victòria Camps

Presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

Capítulo 1

Buen cuidado, ética del cuidado y políticas de cuidados

Colectivo Minerva*

***Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets,
Núria Cuxart y Anna Ramió***

Impulso y compromiso de avance del buen cuidado

Buen cuidado: posicionamientos y reflexiones que genera

Alertas de supuestos en presencia de los cuales no puede hablarse de buen cuidado

Hacia una sociedad más justa

Notas

Bibliografía

* El Colectivo Minerva (www.colectivominerva.cat) es un equipo comprometido con el objetivo de ampliar y fortalecer el conocimiento y la mejora de la calidad del cuidado y del servicio profesional que ofrecen las enfermeras, aportando líneas avanzadas de investigación y reflexión, a nivel nacional e internacional, con la participación de investigadores del cuidado desde una perspectiva ética y sociopolítica. Lo compone Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets Surribas, Anna Ramió Jofre y Núria Cuxart Ainaud. La voluntad del Colectivo Minerva es contribuir a impulsar nuevas iniciativas, en el convencimiento y toma de conciencia del potencial de conocimiento disciplinar existente acerca del cuidado, de la ética del cuidado y de la propia profesión enfermera, como contribución esencial al debate para canalizar propuestas innovadoras de mejora del cuidado y de la práctica enfermera.

Impulso y compromiso de avance del buen cuidado

El desarrollo del Proyecto *Ética y valores del cuidado* nos ha dado la posibilidad de abordar el «buen cuidado» en distintas ocasiones en las publicaciones y los seminarios realizados y desde diferentes perspectivas.¹ Ese ejercicio ha permitido al Colectivo Minerva y a diferentes colegas interesados, reflexionar sobre el alcance de la definición de cuidado propuesta por Fisher y Tronto en 1990.² Algunas cuestiones pueden resultar sorprendentes, como las tecnologías del bienestar, los robots y el buen cuidado.^{3 4 5} Todo ello, junto a análisis rigurosos recientes,⁶ nos ha estimulado a seguir profundizando en la aportación de la ética del cuidado y del propio cuidado en la actual organización de los sistemas de cuidado, tanto a nivel global como local.

El presente texto, que recoge el material trabajado en el último seminario realizado con Joan Tronto, propone analizar ideas o consideraciones sobre el buen cuidado para hacer propuestas innovadoras en cuanto a las políticas de cuidados. Se plantea lo siguiente:

- Qué supone el «buen cuidado».
- Prestar atención a las siete alertas de Joan Tronto, como avisos de que en presencia de tales supuestos no puede hablarse de buen cuidado.⁷
- Una aproximación a las políticas de cuidado en contexto, sirviéndonos de la información reciente acerca de la respuesta a las necesidades de cuidado que ofrecen documentos vigentes de distintas instancias y que expresan líneas programáticas con medidas, recomendaciones y propuestas.⁸

Buen cuidado: posicionamientos y reflexiones que genera

¿Qué supone hablar de «buen cuidado»? ¿Es necesario definirlo como un nuevo concepto? ¿Qué diferencias implica respecto del cuidado sin calificativos? ¿Qué consecuencias derivan de esa aproximación? ¿Cómo ayudan en el avance de una mejor respuesta a las necesidades de cuidado desde la perspectiva de la ética del cuidado?

A fin de responder a estas preguntas conviene recordar al menos dos posicionamientos esenciales. El primero, de Joan Tronto, quien afirma con rotundidad que el cuidado es la mejor manera de reformular las políticas democráticas (Tronto, 2017, p. 32), enfatizando en «la centralidad del cuidado como la mejor forma de reflexionar sobre los problemas de poder político, de interconexión humana y del problema complejo de la organización de la sociedad» en el tiempo y durante el ciclo vital. El buen cuidado no es solo una cuestión entre dos personas, sino que requiere de ciertas condiciones que deben darse en los entornos/contextos en los que ocurren las relaciones de cuidado y que son, en gran medida, responsabilidad de las organizaciones. Tronto, en 2010, se fija en ello y plantea siete alertas, aspecto que se amplía más adelante en el presente texto.

El segundo posicionamiento es la recomendación de Marian Barnes (Barnes, 2019, p. 71-145) acerca de «reflexionar sobre el hecho de que diferentes definiciones de cuidado llevan a considerar las relaciones de cuidado de manera diferente y eso afecta la forma de poner en práctica el cuidado, nuestra forma de trabajar el cuidado». Por ello, dado que la comprensión mecanicista de la salud es aún prioritaria, a pesar de las múltiples definiciones de cuidado que se han realizado especialmente desde la profesión enfermera, las relaciones y acciones de cuidados son con frecuencia jerárquicas, cuando no autoritarias. La afirmación de Barnes apela a la responsabilidad ética de las instituciones, de los profesionales y de las personas implicadas en cada situación de cuidado, mostrando la necesidad de políticas participativas.

Un ejemplo que merece especial atención es el impacto de las tecnologías en las relaciones de cuidado. Es necesario identificar las propiedades que hacen que las tecnologías sean cuidadoras para dar respuesta al bienestar y calidad de vida. Que las personas usuarias se beneficien de ellas, sintiendo que son herramientas que contribuyen a su bienestar, porque ponen la tecnología al servicio del cuidado (Domínguez-Alcón, Busquets, Cuxart, Ramíó, 2019, p. 23-48). La ética del cuidado interroga hasta qué punto el uso de la tecnología es aceptable y hasta qué límites, y cómo los profesionales y las instituciones pueden contribuir decididamente a ello elaborando los parámetros de buen cuidado.⁹

Alertas de supuestos en presencia de los cuales no puede hablarse de buen cuidado

Crear, desarrollar, promover y conservar instituciones que mantengan el buen cuidado es un gran reto. En los textos y seminarios anteriores del Proyecto *Ética y valores del cuidado* se ha trabajado la relación entre la política y el cuidado (Tronto, 2015; Barnes, 2016), la justicia y el cuidado (Barnes, 2018), el cuidado y el cambio institucional (Kholen, 2020), el cuidado y la investigación (Barnes, 2023), centrando la atención en la necesidad de crear entornos y contextos que generen buen cuidado. Ahora se trata de disponer de políticas de cuidados con los mismos principios con los que se trabaja la relación de cuidados, entendiendo estas políticas como un proceso participativo, dinámico, transformador e inclusivo, y no solo como la formulación de directrices.

En el capítulo 1 de la presente obra se presta atención a las siete alertas de Joan Tronto, como trabajo previo útil para ir concretando los requisitos del buen cuidado. La propuesta del Colectivo Minerva es que sean un punto de partida para la reflexión amplia, compartida e imprescindible, que requiere de conocimientos, compromisos y consensos democráticos, razonados e inspirados en la ética del cuidado.

La preocupación por la calidad del cuidado se expresa de forma continuada, sea cual sea el entorno en el que el cuidado tiene lugar. Generalmente, en nuestro medio, se plantea

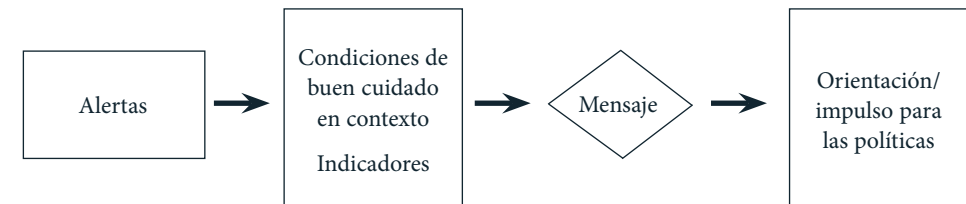
mediante el uso de guías de buenas prácticas, se elaboran protocolos, se realizan recomendaciones, se trata de hallar indicadores y se buscan evidencias científicas del impacto del cuidado. El material disponible es abundante, pero hay que reconocer que no plantea un punto de vista crítico sobre las dificultades que conlleva realizar un buen cuidado, ni tampoco sobre la responsabilidad ética de las instituciones, ni sobre cómo reforzar su responsabilidad en este ámbito. Por ello es relevante detenerse en la aportación de Tronto (2010), que expresó de forma clara y sencilla siete puntos como alertas de que si esas condiciones están presentes no se puede hablar de buen cuidado. La aproximación de la autora, a pesar del tiempo transcurrido desde la formulación inicial, sigue teniendo total vigencia. Son las siguientes:

1. La desgracia/infortunio causa la necesidad de cuidado.
2. La atención a las necesidades se aborda tal como estas se consideran dentro de cada organización.
3. El cuidado se piensa como producto, no como proceso.
4. Los receptores de cuidado están excluidos de emitir juicios/dar opinión, porque carecen de experiencia/pericia.
5. El cuidado se reduce a ser provisto, en lugar de comprender el proceso completo de cuidado, que incluye atención a las necesidades y asignación de responsabilidades.
6. Los cuidadores ven los requisitos organizacionales como obstáculos para el cuidado, en lugar de como apoyo.
7. El trabajo de cuidado se distribuye según clase, casta, género y etnia.

Cuando el cuidado se sitúa en el ámbito de cualquiera de estos siete supuestos, Tronto (2020) afirma que es probable que no se pueda considerar «buen cuidado» porque no puede rendir adecuadas cuentas respecto al poder, propósito y pluralidad del mismo. La aproximación de esta autora inspira un proceso político deliberado que genera con cuidado contextos de cuidados. Esta visión supone una opción imprescindible a tener en cuenta para comprender la complejidad de la organización del cuidado en contexto.

La reflexión que desde el Colectivo Minerva querríamos suscitar consiste en partir de las alertas de Tronto y presentar en clave positiva y propositiva las condiciones de buen cuidado, los mensajes y las orientaciones para las políticas que sugiere cada alerta, como muestra el Diagrama 1: Punto de partida.

Diagrama 1.
Punto de partida



Fuente: elaboración propia

La atención sobre las alertas ofrece una perspectiva con sensibilidad ética, desde el conocimiento, la reflexión crítica y la voluntad de comprensión de aquellos aspectos que pueden encaminar las políticas hacia el buen cuidado.

Alerta 1. La desgracia/infortunio causa la necesidad de cuidado

En cuanto a generar condiciones de buen cuidado, esta alerta supondría:

- Reconocer que la necesidad de cuidado es constitutiva de la vida.
- Reflexionar sobre la vulnerabilidad y fragilidad de toda persona.
- Ajustar formas de participación activa y proactiva de todas las personas afectadas por la situación de cuidado.

En relación con los mensajes, es relevante:

- La necesidad de cuidado surge de la vulnerabilidad antropológica del ser humano, y es universal e inherente a toda persona.
- El cuidado es imprescindible para la vida.

Acerca de las orientaciones e impulso para las políticas, habría que considerar:

- Promover la reflexión sobre las causas de vulnerabilidad que pueden generar necesidad de cuidado, buscando e indicando posibles soluciones.
- Reconocer la centralidad de la persona en cuanto al cuidado en todas las etapas del ciclo vital.
- Prever el cuidado de forma anticipada ante las desgracias e infortunios, para no improvisar.

Ejemplo: en los atentados del 17A de Barcelona, los profesionales de los diferentes dispositivos sanitarios supieron cómo actuar porque los dos años anteriores a la tragedia habían trabajado la atención a pie de calle (enfermeras/os, bomberos/as, enfermeras/os del SEM etc. y cuerpos de seguridad) de forma compartida en protocolos y formas de cooperación, para mejorar la posible atención a las víctimas de un posible ataque terrorista (Olivé, 2018; Ramió, Bautista, 2022).

Alerta 2. La atención a las necesidades se aborda tal como estas se consideran en la organización

En cuanto a generar condiciones de buen cuidado, esta alerta supondría:

- Considerar que los resultados del cuidado están vinculados a su planificación.
- Colocar a la persona como centro de atención, reconociendo la complejidad que implica respetar su capacidad para determinar sus propias necesidades.
- Considerar, desde la perspectiva de la persona y su entorno afectivo, la pluralidad de formas y maneras de satisfacer las necesidades de cuidado.
- Fomentar el trabajo en equipo para la planificación de la atención, estableciendo los criterios de resultados del cuidado junto con las personas atendidas y demás intervinientes en las situaciones de cuidado.
- Adaptar la planificación del cuidado a la vida cotidiana de la persona.

En relación con los mensajes, es relevante:

- Valorar que los cuidadores precisan ayuda para realizar un buen cuidado.
- Superar el enfoque dicotómico salud/enfermedad, dependencia/independencia.
- Relacionar la organización del cuidado con el avance hacia una sociedad más justa.
- Reconocer la importancia y proporcionar los medios para conseguir el buen cuidado.

Acerca de las orientaciones e impulso para las políticas, habría que considerar:

- Hacer frente a la complejidad de la gestión del cuidado.
- Revertir las relaciones de poder que suponen jerarquía y/o dominación y que pueden surgir en las situaciones de cuidado.
- Considerar que cada organización de salud pivota alrededor de unos valores que deben articularse con los valores de cada uno de los actores participantes en las situaciones de cuidado. Actualmente el valor dominante es el modelo biomédico, que define y prioriza la atención en torno al tratamiento y a la propia organización e invisibiliza y/o relega el buen cuidado a un segundo término.
- Definir la respuesta a las necesidades de cuidados desde las personas que reciben el cuidado y su percepción de bienestar y calidad de vida.

Alerta 3. El cuidado se considera un producto, no un proceso

En cuanto a generar condiciones de buen cuidado, esta alerta supondría:

- Contemplar que los resultados del cuidado están vinculados a su planificación.
- Reconocer la importancia y proporcionar los medios para conseguir el buen cuidado.
- Garantizar la disponibilidad de tiempo y recursos necesarios.
- Aportar criterios de proceso en la evaluación de resultados.
- Acompañar a los profesionales del cuidado directo en el desarrollo de sus competencias, generar sinergias en los equipos de ayuda mutua.

En relación con los mensajes, es relevante:

- La presencia del cuidado desde el inicio de la relación.
- La planificación del cuidado se precisa para conseguir un buen resultado.
- El cuidado es más que su resultado; es un proceso que requiere estar alerta a las necesidades de cuidados, de quien lo precisa y de quien lo presta, tomar la responsabilidad en ello, disponer de las competencias necesarias, promover la confianza y participación de la persona que precisa el cuidado y desarrollar la conciencia de interdependencia (Tronto, 2017). Por ejemplo, en la evaluación de los resultados del cuidado hay que tener en cuenta los medios.

Acerca de las orientaciones e impulso para las políticas, habría que considerar:

- Relacionar las fases del proceso de cuidado con los resultados.
- Promover sensibilidad y las razones éticas que impulsan el proceso de cuidados, desarrollando espacios de reflexión en los equipos sobre las formas de cuidar, y su impacto en las personas intervinientes y en la institución.
- Considerar que el proceso de cuidados surge al inicio de la relación de ayuda, cuando el profesional asume la responsabilidad y la persona atendida consiente y asume el compromiso. Los dos sujetos se benefician de la relación. Las políticas de salud deben promover y asegurar/garantizar los contextos y recursos que favorezcan el buen cuidado.

Alerta 4. Los receptores de cuidado están excluidos de emitir juicios/dar opinión porque carecen de experiencia

En cuanto a generar condiciones de buen cuidado, esta alerta supondría:

- Reconocer la experiencia de la persona atendida como aspecto esencial en todo el proceso de cuidado y la importancia de respetar su autonomía y participación generando contextos favorables que promuevan la relación de ayuda.

- Actuar de acuerdo a la capacitación y competencia de los destinatarios de cuidado y respetar su papel protagonista.
- Garantizar la disponibilidad de tiempo necesario.

En relación con los mensajes, es relevante:

- El saber derivado de la experiencia es parte del proceso de cuidado.
- Es la propia persona quien mejor puede orientar a los profesionales. En la actualidad emergen con fuerza las teorías que en el paradigma de la Transformación (Kerouac *et al.*, 1996) desarrollan la idea de que no hay enfermedades, sino personas con procesos de enfermedad, cuya vivencia es única y personal.

Acerca de las orientaciones e impulso para las políticas, habría que considerar:

- Innovar criterios y formas de participación inclusiva en todos los niveles de la organización y provisión del cuidado, promoviendo la conciencia de la capacidad de la persona para participar y tomar decisiones. Por ejemplo, cómo se lleva a cabo y donde se realiza la comunicación e información previa a la petición de consentimiento informado.
- Las formas de participación inclusiva fortalecen la relación terapéutica, mejoran la comunicación y promueven entornos y espacios favorables al intercambio de conocimientos (razones y experiencias) entre personas atendidas y profesionales.
- La organización/institución es responsable de proveer (espacio y contexto) las condiciones que lo hagan posible, de acuerdo al requerimiento de cada persona.

Alerta 5. El cuidado se reduce a ser provisto, en lugar de comprender el proceso completo, que incluye atención a necesidades y asignación de responsabilidades

En cuanto a generar condiciones de buen cuidado, esta alerta supondría:

- Promover las acciones de cuidados a partir de la valoración integral, inclusiva y participativa.
- Desarrollar y usar un lenguaje que describa las situaciones y acciones de cuidados.
- Identificar las necesidades implicadas en cada situación de cuidado y su interrelación con la necesidad de relación.
- Realizar el trabajo en equipo asignando las responsabilidades en el cuidado de forma inclusiva y participativa entre todos los intervinientes, incluyendo a los receptores del cuidado y a las personas significativas de su entorno.
- Nombrar los componentes y actores en cada situación de cuidado, con especial atención en la identificación de necesidades y capacidades concretas.

- Asignar responsabilidades en función de las competencias profesionales y preferencias de la persona atendida. Generar cultura de corresponsabilización y redes de cuidado.

En relación con los mensajes, es relevante:

- El cuidado va más allá de una actitud y una acción.
- Promover y respetar la responsabilidad de quien recibe el cuidado y de las personas significativas de su entorno.
- Desarrollar el concepto de interdependencia en el cuidado.
- Revertir la naturalización de la desigualdad e injusticia que se produce al invisibilizar las necesidades de cuidados de cada persona.
- Promover la escucha en espacios de participación inclusiva, para contribuir a democratizar el cuidado en las instituciones y en la sociedad, así como su aprendizaje.
- Desarrollar las etapas del proceso de cuidado con indicadores de buen cuidado en cada una de ellas.

Acerca de las orientaciones e impulso para las políticas, habría que considerar:

- Reconocer la participación de todos los actores en las situaciones concretas, acordando sus responsabilidades en el cuidado, de acuerdo a sus competencias y capacidades.
- Generar oportunidades de aprendizaje en los equipos, para establecer relaciones de compañerismo que permitan abordar integralmente el cuidado. Cuidar es un proceso y un trabajo colaborativo.
- Generar en los profesionales esta forma de hacer y estar, adquirida a través de sesiones interdisciplinarias de reflexión ética (Gallagher, 2006), sobre las situaciones de cuidados. Un ejemplo es el que se desarrollan en la mayoría de equipos de cuidados paliativos.

Alerta 6. Los cuidadores ven los requisitos organizacionales como obstáculos para el cuidado, en lugar de como apoyo

En cuanto a generar condiciones de buen cuidado, esta alerta supondría:

- Dar voz a los cuidadores y a su consideración acerca de los requisitos del buen cuidado, y a la vez buscar respuesta a sus propias necesidades de cuidado (por ejemplo, ante el sufrimiento o el duelo).
- Incluir a los profesionales de atención directa en procesos de gestión de cuidado.
- Identificar las situaciones en las que algunas personas evitan sus responsabilidades respecto al cuidar o no proporcionan los medios para ello (Tronto, 2017, p. 28-29). De esta forma, el cuidado queda bajo la acción exclusiva de quien lo proporciona, lo que a menudo puede suponer una carga excesiva o imposible de realizar.

Acerca de las orientaciones e impulso para las políticas, habría que considerar:

- Revertir las formas de organización que pueden silenciar el contenido ético del cuidado.
- Consolidar la capacidad transformadora del cuidado planificando las situaciones de cuidados de forma democrática, es decir, contando con la aportación de todos los intervinientes.
- Reforzar la responsabilidad ética de los gestores en el proceso y resultados del cuidado, a través de consensos entre ellos y de profesionales de la atención directa, sobre los requerimientos del buen cuidado.
- Promover el concepto de cuidar al cuidador en el seno de la organización.

Alerta 7. El trabajo de cuidado se distribuye según clase, casta, género y etnia

En cuanto a generar condiciones de buen cuidado, esta alerta supondría:

- Sensibilizar sobre la necesidad de que las acciones de cuidado se planifiquen en función de la clase, género o etnia para evitar los posibles estigmas, juicios de valor y cuidados egocentristas.
- Promover el respeto por la diversidad cultural y sus diferentes maneras de cuidar para satisfacer las necesidades de cuidados.
- Establecer indicadores para la igualdad de trato de las personas atendidas.

En relación con los mensajes, es relevante:

- Fortalecer la igualdad en las relaciones de cuidado reforzando el respeto por las personas.
- Reforzar la atención individualizada, organizando el cuidado en función de las necesidades concretas derivadas de la etnia, género o clase, y de formas de cuidado diferentes. Por ejemplo, incluir, consensuadamente con las personas atendidas, acciones de cuidados de acuerdo a las creencias.

Acerca de las orientaciones e impulso para las políticas, habría que considerar:

- Posicionamientos, acciones activas y proactivas ante las situaciones de discriminación.
- Aumentar los conocimientos acerca de la diversidad social y cultural en los currículos de la formación de Grado y Posgrado, así como en la formación continua en las instituciones.
- Promover el autoanálisis y el análisis grupal en los cuidadores sobre sus posibles estigmas, juicios de valor y prácticas de cuidado etnocentristas.

- Organizar el cuidado de acuerdo con la diversidad cultural y social a lo largo de todo el proceso de cuidados.
- Promover espacios de intercambio para la comprensión de la diversidad y sus implicaciones en el cuidar.

Hacia una sociedad más justa

La visión detallada de cada una de las alertas muestra la complejidad de determinar necesidades de cuidados para avanzar hacia una sociedad más justa. A su vez, hace patente que las decisiones de gestión y prestación de cuidado pueden caer en injusticias e incluso atentar a la dignidad de la persona cuando la necesidad de cuidado se entiende únicamente como una carencia y/o merma de la persona. Y también pueden producirse situaciones de injusticia o desigualdad cuando la organización se establece, exclusivamente, desde modelos biomédicos. Es preciso acrecentar la conciencia de que la ética del cuidado revierte la naturalización de la desigualdad e injusticia que se produce al invisibilizar las necesidades de cuidados específicas de cada persona o grupo. La ética del cuidado resitúa la idea de igualdad de trato y refuerza el respeto por las personas organizando el cuidado en función de necesidades y capacidades concretas.

El buen cuidado requiere reconocer la necesidad del cuidado a lo largo de la vida, situando a la persona en el centro de la atención. También, reconocer que la provisión de cuidado es distinta a la de otros servicios básicos, porque implica que las personas puedan expresar sus propias necesidades y capacidades, así como las maneras de satisfacerlas, y que puedan aceptar o rechazar la propuesta de cuidado. Una condición del buen cuidado es respetar el papel protagonista de la persona atendida, promoviendo su capacitación y competencia en cada situación de cuidado.

Cuidar requiere: disponibilidad de tiempo, flexibilidad, pensamiento creativo, conocimiento, compromiso y consensos. El buen cuidado incluye que las responsabilidades se establezcan de manera participativa e inclusiva, promoviendo el trabajo colaborativo entre responsables de la gestión y responsables de la prestación, y asegurando que se da voz a las personas atendidas y a sus cuidadores no profesionales. Otro aspecto esencial es el autoanálisis sobre posibles estigmas, estereotipos, juicios de valor y cuidados etnocéntricos que pueden establecer los cuidadores, a fin de identificar y corregir situaciones de discriminación. Es esencial como condición de buen cuidado la presencia de enfermeras en los centros de decisión, con exigencia de cuidado profesional en todos los lugares y contextos de atención.

Dado que la necesidad de cuidado es universal y central para la vida, es preciso democratizar el cuidado y repensar las relaciones de poder. Cada situación requiere disponer de competencias y sensibilidad para estar atento a las necesidades particulares, promover la

confianza y participación y desarrollar la conciencia de interdependencia. La propia persona atendida es quien mejor puede orientar a los profesionales, por lo que es importante desplegar formas inclusivas de participación, fortalecer la relación terapéutica mejorando la comunicación y promover entornos de intercambio de conocimientos, razones y experiencias entre personas atendidas y profesionales.

Un mensaje relevante se relaciona con la responsabilidad ética de los gestores para que sientan y actúen de forma copartícipe en el cuidado, abandonando la situación de irresponsabilidad privilegiada que define Tronto, situación en la que alguien elude sus responsabilidades asignándoselas a otros (Tronto, 2017, p. 28-29). En este sentido, los gestores son responsables de propiciar los requerimientos del buen cuidado y facilitar la reflexión ética a través de sesiones interdisciplinarias. Conviene resaltar que el liderazgo del cuidado en la profesión enfermera genera entornos favorecedores para desarrollar contextos de trabajo colaborativo, e incluso entre gestores y profesionales de atención directa y para promover el trabajo en equipo.

Es imprescindible impulsar contextos para la participación activa/proactiva de todos los protagonistas y propiciar la reflexión sobre las causas de vulnerabilidad y fragilidad que generan necesidad de cuidado, estableciendo las medidas para revertirlas, de ser eso posible. A su vez, las organizaciones deben disponer de políticas sensibles para articular los valores de cada participante en el cuidado con los valores de la organización, buscando dar respuesta a las necesidades de cuidados expresadas o identificadas desde las personas que son objeto del cuidado y de quienes lo proporcionan. Las políticas deben propiciar el conocimiento acerca de la diversidad cultural y social en cualquiera de sus unidades, instituciones y servicios, al tiempo que promover espacios de intercambio para su comprensión. La organización/institución es responsable de proveer las condiciones que hagan posible el cuidado, dotando de los medios necesarios y teniendo en cuenta que todo ejercicio profesional debe ser hacia el otro y sus circunstancias. Se trata de un proceso y trabajo colaborativo en el que los gestores cuidan a quienes realizan el cuidado.

En resumen, hasta aquí se ha presentado un análisis, desde la ética del cuidado, de las alertas identificadas por Joan Tronto, a fin de incluir aspectos importantes para el buen cuidado en las políticas de cuidados a nivel meso y macro-ético.

Existe también un interés por avanzar explorando formas innovadoras de acercamiento a los datos. Por ejemplo, mediante el potencial de la IA. Es un enfoque de interés que muestra opciones sugerentes en cuanto a predicción, fijación de objetivos, gestión, apoyo a decisiones, control de calidad y evidencias reales, entre otros aspectos positivos, no exentos de riesgos que conviene conocer y reflexionar. En esta línea, el Chat GPT (sistema de chat basado en modelos de lenguaje generados por IA/Generative Pre-trained Transformer) es una opción que puede empezar a explorarse.

El propósito del Seminario VII y del presente capítulo es generar debate acerca de las políticas de cuidado relacionándolas con la construcción de una sociedad más justa, democrática y saludable. Las ideas sobre las que trabaja el Colectivo Minerva refuerzan la importancia del conocimiento del cuidado, su comprensión amplia y la necesidad de participación de todos los actores implicados en su proceso. De manera que la mejor forma de avanzar para que se exprese y explicita el cuidado, desde la perspectiva de la ética del cuidado, es construir contextos innovadores en los que sea prioritario profundizar cómo las políticas enfocan, mantienen y preservan el bienestar, la calidad de vida y la idea de vida digna.

Documentos recientes abogan por reformas en el sistema de salud y aportan elementos que contribuyen a reflexionar sobre marcos posibles en relación con el buen cuidado. Se trata de recomendaciones, estrategias y propuestas al respecto.¹⁰ Sucede, no obstante, que disponemos de poca información sobre acciones concretas de mejora del cuidado y su impacto en la salud, pero esperamos que el desarrollo del VII Seminario, así como la publicación que recoge su contenido, contribuya a generar ideas (inspiradas e inspiradoras) de políticas que hagan frente a los retos y tomen en consideración las controversias existentes, y que las acciones se realicen desde el convencimiento de que la base de la salud (ICE, 2023) es la equidad, la justicia social y revertir los determinantes sociales de salud. La buena noticia es que revertir la inequidad es posible. La aportación enfermera a ese objetivo es esencial e imprescindible.

Notas

1. Colectivo Minerva. Proyecto Ética y valores del cuidado (2023). <https://www.colectivominerva.cat/nuestro-punto-de-partida/>
2. A nivel general, sugerimos entender el cuidado como una «actividad genérica que comprende todo lo que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro mundo de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo comprende nuestro cuerpo, a nosotros mismos, nuestro entorno y los elementos que buscamos enlazar en una red compleja de apoyo a la vida» (Fisher, Tronto, 1990, p. 40; Tronto, 1993, p. 103).
3. Domínguez-Alcón, C (2019). Robots y cuidados. En Domínguez-Alcón, C., Busquets, M., Cuxart, N., Ramió, A. *Tecnologías y nuevas relaciones en el cuidado* (p. 187-216). Colegio oficial de enfermeras y enfermeros de Barcelona.
4. Christina Silcox (2020). *La inteligencia artificial en el sector salud. Promesas y desafíos*. Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento- NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO BY-NC-ND 3.0 IGO) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>).

5. Existe también el Interés en avanzar explorando formas innovadoras de acercamiento que ya muestran opciones sugerentes en cuanto a predicción, fijación de objetivos, gestión, apoyo de decisiones, control de calidad y evidencias reales, entre otros aspectos positivos no exentos de riesgos, que conviene conocer y reflexionar. En esta línea, el Chat GPT (Sistema de chat basado en modelos de lenguaje creados por IA/Generative Pre-trained Transformer) es una opción a explorar.
6. Ricard Meneu, Vicente Ortún y Rosa Urbanos (2023). La sanidad en la encrucijada post-COVID. Financiamiento, organización y gestión. Ed. Profit, y Vicente Ortún (2023). La princesa del Estado de Bienestar está triste (Sostenibilidad y cambios en el SNS) Health Policy Papers Collection 2023 – 2 Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) Universitat Pompeu Fabra.
7. Tronto, J. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics and Social Welfare*. 4: 158-171. <https://doi.org/10.1080/17496535.2010.484259>.
8. Mesura de govern per una democratització de la cura 2017-2020. https://base.socioeco.org/docs/mgdcures_web.pdf y Cap a un nou sistema públic de cures a la comunitat <https://compromismetropolitana.cat/ca/projectes/cap-un-nou-sistema-public-de-cures-en-la-comunitat>
9. En la segunda y tercera parte del texto *Tecnologías y nuevas relaciones de cuidado* se plantean experiencias de uso de tecnologías y se analizan desde la ética del cuidado.
10. Gobierno España/Ministerio DDDSS y Agenda 2030/Ministerio igualdad. (2022) Estrategia Estatal de cuidados/Hoja de ruta Madrid: Gobierno España/Ministerio DDDSS y Agenda 2030/ Ministerio igualdad. (2022); Comisión Europea (2022); Estrategia Europea de Cuidados. Comisión Europea 7 sep. (2022); Consejo de la Unión Europea (2022); Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea, Consejo de la Unión Europea (2022/C476/01).

Bibliografía

- Ajuntament de Barcelona (2007-2020). *Mesura de govern per una democratització de la cura*. https://base.socioeco.org/docs/mgdcures_web.pdf
- Comisión Europea (2022). *Estrategia Europea de Cuidados*. Comisión Europea 7 sep.
- Consejo de la Unión Europea (2022). *Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea* Consejo de la Unión Europea (2022/C476/01).
- Diputació de Barcelona (2024). *Cap a un nou sistema públic de cures a la comunitat*. <https://compromismetropolitana.cat/ca/projectes/cap-un-nou-sistema-public-de-cures-en-la-comunitat>

- Domínguez-Alcón, C., Busquets, M., Cuxart, N., Ramió, A. (2019). Tecnologías del cuidado y bienestar. En Domínguez-Alcón, C., Busquets, M., Cuxart, N., Ramió, A. *Tecnologías y nuevas relaciones de cuidado* (p. 23-56). Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona.
- Gallagher, A. (2006). The teaching of nursing ethics: content and method. Promoting ethical competence. En: Davis, Anne, Tschudin, Verena y De Raeve, Louise, (eds.) *Essentials of teaching and learning in nursing ethics: perspectives and methods* (p. 223-239). Churchill Livingstone.
- Gobierno España/Ministerio DDDSS y Agenda 2030/Ministerio igualdad (2022). *Estrategia Estatal de cuidados/Hoja de ruta*. Madrid: Gobierno España/Ministerio DDDSS y Agenda 2030/Ministerio igualdad.
- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Masson.
- Leininger, M. (1991). *Culture, Care, Diversity and Universality. A theory of Nursing*. Nursing Press.
- Olive, M.C. (coord.) Ramió, A., Bautista, O., Guilera, A., Vila, C., et al. (2018). *Les infermeres en l'atemptat del 17A. Històries de solidaritat i professionalitat*. Ediciones San Juan de Dios. Campus Docent.
- Ramió, A., Bautista, O. (coord.), Torres, C., Vila, C., Guilera, A., Climent, F. (2022). *Vertebrant l'història del Grup de sanitaris Bombers de Barcelona*. Ediciones San Juan de Dios. Campus Docent.
- Tronto, J. (1994). *Moral Boundaries*. Routledge.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une éthique du care*. La Decouverte.
- Tronto, J. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics and Social Welfare*. 4: 158-171. <https://doi.org/10.1080/17496535.2010.484259>
- Tronto, J. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. University Press.
- Tronto, J. (2020). *¿Riesgo o cuidado?* Fundación Medifé.

Capítulo 2

Abrazando el mal cuidado. Escapando a la injusticia

Joan C. Tronto*

Introducción: ciudadanos desactivados

La erosión de la responsabilidad

Cuidado de la riqueza

El chantaje de la protección y la pérdida de responsabilidad

Las instituciones como máquinas de irresponsabilidad

Juzgando con cuidado. Partiendo del mal cuidado

Notas

Bibliografía

* Joan C. Tronto es profesora emérita de Ciencias Políticas en el Hunter College, en el Graduate Center de la City University de Nueva York y de la Universidad de Minnesota. Es autora de muchos textos sobre Ética del cuidado, incluyendo alrededor de 50 artículos en diversos libros, entre los que destacan *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethics of Care* (Routledge, 1993) *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice* (NYU Press, 2013) y *Who Cares: How to Reshape a Democratic Politics* (2015). En 2023 recibió el premio Lip-pincott Award por su destacado trabajo en teoría política de la Asociación Estadounidense de Ciencias Políticas. Obtuvo una beca Fulbright que realizó en Italia y ha recibido el título de Doctora Honoris Causa de la Universidad de Estudios Humanísticos de los Países Bajos y de la Universidad de Lovaina en Bélgica. Su obra ha sido traducida a más de una docena de idiomas.

Introducción: ciudadanos desactivados

Cuando escribí *Caring Democracy* (2013) escribí con cierto optimismo sobre las posibilidades de una comprensión alternativa de la política como el ejercicio adecuado de las responsabilidades de cuidado. Para mí, tal comprensión produciría una vida política orientada hacia la igualdad y la decencia. Por supuesto, como politóloga, sabía bien que la gente nunca entrega el poder sin luchar. No era realista suponer que las personas cuyo privilegio mencioné en *Caring Democracy* simplemente aceptarían la idea de que tenían más que ganar como ciudadanos iguales de lo que recibían actualmente al aferrarse precariamente a cualquier pequeño margen de privilegio que tuvieran. Pero no preví dos cambios importantes que se han vuelto más visibles en los últimos diez años. El primero es la ferocidad de la reacción contra los «otros», que son el número desproporcionado de trabajadores del cuidado: mujeres, inmigrantes, personas de color. Con el crecimiento de políticos y partidos de derecha, esta reacción está ahora en pleno apogeo. El segundo es la falta de voluntad de los jóvenes para asumir la tarea de apoyar las instituciones democráticas tradicionales. Cuando apareció *Caring Democracy*, académicos como Roberto Foa y Yascha Mounk aún no habían conmovido al mundo de las ciencias políticas al argumentar que, contrariamente a la creencia de que una vez que una sociedad se volviera democrática no retrocedería hacia formas políticas más autoritarias, esa «desconsolidación» estaba en marcha (Foa y Mounk, 2017). Especialmente los más jóvenes ya no expresan en las encuestas mucha preocupación por la importancia de vivir en un Estado democrático. Combinada con acontecimientos políticos como el surgimiento de partidos políticos de derecha, aparentemente fascistas, esta tendencia parece más real y aterradora. Sin embargo, el mismo año en que publicaron sus hallazgos, la teórica política Danielle Allen lo expresó aún más claramente:

«El simple hecho de la cuestión es que el mundo nunca ha construido una democracia multiétnica en la que ningún grupo étnico en particular sea mayoritario y donde se haya logrado la igualdad política, la igualdad social y economías que empoderen a todos. Estamos inmersos en una lucha sobre si debemos trabajar juntos para construir un mundo así» (Allen, 2017).

Al escribir *Caring Democracy*, podía suponer que mi público lector sabría que la democracia es algo bueno y valorado. La reacción contra el progreso que hemos logrado hacia un mundo más inclusivo y justo en la última década requiere una respuesta. Por eso, en esta charla quiero abordar la pregunta: ¿Cómo podría una teoría del cuidado ayudarnos a lograr el objetivo de una democracia multicultural, inclusiva, igualitaria y justa? Como punto de partida, podemos señalar que ahora vivimos en una sociedad profundamente indiferente e injusta. En Estados Unidos, quienes tienen el poder político se esfuerzan por borrar todo progreso realizado para volverse más multiculturales, inclusivos y justos. Nuestra cultura global está impregnada de marcos y estructuras racistas y colonialistas. La desigualdad está en su punto más alto de todos los tiempos, tanto en Estados Unidos

como en todo el mundo. La guerra y otras formas de violencia han obligado a millones de personas a abandonar sus hogares; a finales de 2022 había 108 millones de personas desplazadas en el mundo (<https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>). Hay una escasez mundial de cuidadores calificados; por ejemplo, se estima que a nivel mundial el mundo carece de alrededor de 6 millones de enfermeras. Las estructuras familiares son más difíciles de mantener en las formas tradicionales. Una cuarta parte de la población urbana del mundo vive en barrios marginales. Los alimentos están mal distribuidos; algunos mueren de hambre en medio de una epidemia de obesidad. Y los efectos a largo plazo de la acción humana en el mundo no humano (cambio climático, extinciones masivas, muerte en los océanos) están ocurriendo en tal escala y en tal alcance que son casi inimaginables. Las formas tradicionales de autoridad se están viendo socavadas a medida que personas más confundidas y decepcionadas empiezan a culpar a otros por sus problemas, lo que genera violencia contra «otras» comunidades étnicas, contra los pobres, contra «otros» comoquiera que sean concebidos. Todo parece desincronizado.

Nuestros análisis deben cambiar. La gente conoce estos problemas y los enfrenta en su vida diaria; el cuidado infantil inadecuado, el sistema de atención a la salud, lidiar con familiares y amigos mayores, vivir una vida sin agotarse por las exigencias del trabajo y el cuidado. Lo que necesitamos es una manera de invitar a los ciudadanos a vincular estos daños continuos a sus vidas diarias de tal manera que las prácticas políticas de cuidado generen un nuevo *ethos* político de cuidado y exijan que ese *ethos* se convierta en la base de la vida pública.

¿Cómo podemos efectuar tal cambio? El cambio no es fácil, requiere que las personas reconozcan los problemas que enfrentan y actúen colectivamente. Uno de los efectos de las dificultades políticas de la última década ha sido un alejamiento de la política hacia la vida privada. El apoyo a las instituciones políticas y la confianza en los políticos han disminuido. La solidaridad, un sentimiento de compañerismo hacia los demás, ha disminuido considerablemente a medida que las personas se vuelven más cautelosas unas con otras y más comprometidas con sus grupos identificables.

Esta es la pregunta que quiero plantear a los ciudadanos: ¿Alguno de nosotros quiere decir que nos preocupamos y al mismo tiempo vivimos una vida evidentemente injusta? Al vivir en un estado injusto, podría ser simplemente más fácil ignorar muchas de las injusticias que nos rodean, incluso mientras continuamos en nuestra vida diaria haciendo lo mejor que podemos para ser buenos receptores y buenos proveedores de cuidados para aquellos que están cerca de nosotros y para aquellos que nos rodean, que nos importa. Pero esta forma de formular la pregunta deja claro que «cuidar nuestro propio jardín» de esta manera es una receta para perpetuar injusticias que no serán eliminadas por nuestra atención especial en hacer el bien a quienes nos rodean. Incluso si la «virtud privada» pudiera parecer una búsqueda razonable frente al «vicio público» (con disculpas a Mandeville), no aliviará los profundos daños e injusticias enumerados anterior-

mente. En el peor de los casos, buscar nuestro propio buen cuidado puede hacer del mundo un lugar más injusto. ¿Podemos preocuparnos bien en un mundo injusto sin aumentar la injusticia?

Pero esta es una pregunta grande y difícil. En cierto sentido, podría reconocerse como una variante de la antigua cuestión considerada por Aristóteles en *La Política*. Para liberarlo un poco de su formulación incómoda (y sexista), Aristóteles abordó la pregunta (convencionalmente resumida como el dilema de «buena persona, buen ciudadano»): ¿qué debemos hacer cuando nuestro papel como ciudadano entra en conflicto con nuestro papel de actuar éticamente?¹ Ejemplos concretos de tales dilemas planteados como podría haberlos planteado Aristóteles son obvios todos los días: ¿debe un ciudadano de Rusia convertirse en soldado? ¿Debería un maestro en Florida dejar de enseñar los escritos prohibidos sobre la raza, como el *Proyecto 1619* o los escritos de Bell Hooks? La respuesta de Aristóteles es sencilla e inútil. Empezó por distinguir los estados buenos de los malos. De ahí su solución: uno siempre debe ser bueno. Entonces, en un estado virtuoso o bueno, ser buena persona y buen ciudadano es compatible. En un mal estado, uno debería intentar ser una buena persona, incluso si eso lo convierte en un mal ciudadano. Más allá de eso, no nos ofrece ningún consejo útil. Y así, todavía tenemos que perseguir la excelencia de ser buenos; en un mal estado nos enfrentamos constantemente al dilema de que estas dos preocupaciones nos empujan en direcciones diferentes.

Dada la urgencia y el alcance global de las cuestiones que enfrentamos, ya no podemos darnos el lujo de quedarnos impasibles y observar cómo los malos ciudadanos que, sin embargo, se preocupan por los suyos, pueden considerarse virtuosos mientras participan en sistemas que son profundamente injustos. Quiero argumentar que necesitamos una *respuesta política* a esta pregunta: somos malos en el cuidado si actuamos de una manera que perpetúa la injusticia, y especialmente si no hacemos algo al respecto. Esto es así incluso si nuestra propia vida es buena, nuestros hijos ingresan a buenas universidades, apoyamos las artes, participamos en la mezquita o sinagoga de nuestra iglesia y damos dinero a las personas sin hogar en la calle.

Este no es un punto fácil de plantear. Y nunca es tan fácil decirle a la gente que son malos en algo. Entonces, lo que quiero hacer por ustedes es esbozar tres formas en las que todos colectivamente no asumimos responsabilidades en el mundo moderno, y cómo este fracaso resulta en una disminución de la confianza y la solidaridad. Terminamos como ciudadanos desactivados. Pero el cuidado, tanto dar como recibir cuidado, observar el cuidado y organizarlo, todas son actividades. Para crear una capacidad pública de cuidar, primero debemos volvernos activos. Mi esperanza en esta charla es explicar algunas formas en que nos hemos desactivado y luego, irónicamente, sugerir que pensar en el *mal cuidado* puede ayudarnos a salir de esta situación.

La erosión de la responsabilidad

La responsabilidad es, como sostuve en *Caring Democracy*, la principal forma en que el cuidado se expresa políticamente. De hecho, como la responsabilidad es siempre relacional, siempre se trata de quién/qué es responsable ante qué o ante quién, encaja mejor en los tipos de supuestos epistemológicos feministas que sustentan la preocupación por el cuidado. Además, cuando las personas cumplen con sus responsabilidades hacia nosotros, sabemos que podemos confiar en ellas. Cuando las personas expresan su compromiso de cumplir con sus responsabilidades como lo hacemos nosotros, entonces podemos solidarizarnos con ellas. Pero vivimos en una época en la que las nociones de responsabilidades entre los ciudadanos se están erosionando profundamente de diversas maneras. Creo que a menos que veamos estos cambios en las responsabilidades como tales, no podemos empezar a cambiar nuestras propias costumbres ni a persuadir a otros a que se unan a nosotros.

Así pues, en la siguiente sección de la charla quiero destacar tres ámbitos en los que la responsabilidad se está transformando de manera perjudicial. Empiezo con la economía política y analizo algunos aspectos de lo que llamo «cuidado de la riqueza», luego pasaré al «chantaje de protección» y finalmente discutiré las instituciones como «máquinas de irresponsabilidad».

Cuidado de la riqueza²

Aunque los neologismos no siempre son bienvenidos, quiero describir nuestra economía política actual como un sistema de «cuidado de la riqueza» en lugar de un «mercado libre» o incluso con el término popular «neoliberal» porque resalta el hecho de que el cuidado de la riqueza es un conjunto de valores fundamentales. El cuidado de la riqueza postula que el crecimiento de la riqueza es el valor, la actividad y el propósito central de la sociedad, y que las recompensas de la sociedad deben ir a quienes crean y cultivan la riqueza, ya que son los miembros más dignos de la sociedad. La riqueza es un sistema sin límites. Los regímenes llamados socialistas, como China y la URSS, así como los regímenes de Estado del bienestar, liberales y neoliberales, adoptan el cuidado de la riqueza. Permítanme señalar algunas de las características del cuidado de la riqueza, como un sistema omnipresente de valores, instituciones y prácticas.

El cuidado de la riqueza depende de transmitir la riqueza a los herederos, lo que la hace familiar, heteropatriarcal, de manera profunda (Harrington, 2016). Estas concentraciones de riqueza intergeneracional perpetúan también las fronteras de clase, raciales, étnicas y lingüísticas. A pesar de sus falsas afirmaciones en sentido contrario, los ricos *dependen* del Estado como fuente de riqueza: como protección contra el desorden, aprovisionando al Estado (pensemos en el «complejo militar-industrial», el «complejo carcelario-industrial»), insistiendo en que proporcionan enormes beneficios a la sociedad y a la gente en

general (por ejemplo, al ser creadores de empleo), y luchando para mantener al Estado bajo su control, para que no se escape de sus formas de pensar y, en cambio, comience a gravar una mayor parte de su riqueza, que ahora esconden en todo el mundo (Bullough, 2018).

En su importante libro, *Oligarquía*, Jeffrey Winters argumentó que nunca han existido democracias genuinas porque los ricos siempre han podido ejercer el poder de su riqueza. En las democracias oligárquicas, los ricos deben persuadir a los demás de que la preservación de su riqueza redundará en interés de todos.³ Los ricos trabajan primero para conseguir la «compra» de otros en los niveles superiores de la economía política. Este «9 por ciento» está cada vez más sesgado hacia ayudar a los ricos a preservar su riqueza: el sector financiero, los abogados, los banqueros, crean un sistema internacional de apoyo global que Jeffrey Winters llamó «La industria de defensa de los ingresos» (Winters, 2010). Esto distorsiona el uso de los talentos de la sociedad hacia estos sectores de la economía, proporciona ventajas injustas a sus hijos y perpetúa y profundiza la desigualdad (Stewart, 2018).

Los líderes políticos aceptan principalmente la visión de que la tarea del orden político no es servir a las necesidades e intereses de la gente –como ellos podrían entender esos intereses– sino «hacer crecer» la economía. Y las concepciones que la gente tiene de sus intereses se vuelven igualmente estrechas y los ciudadanos se vuelven incapaces de pensar que poseen intereses o responsabilidades mayores.

En la medida en que los logros económicos se convierten en la medida de todo, las personas llegan a pensar en sí mismas solo como productores/trabajadores y consumidores y pierden su capacidad de pensar en sí mismas como *ciudadanos* que pueden tener mayores responsabilidades. Este énfasis en la *responsabilidad personal* informa casi todo lo que sucede en la sociedad. Vale la pena citar a Karl Polanyi, quien escribió aquí sobre la ortodoxia económica liberal en la década de 1940:

«Se fomentó la ilusión radical de que no hay nada en la sociedad humana que no se derive de la voluntad de los individuos y que, por lo tanto, no pueda ser eliminado nuevamente por su voluntad... Uno obtenía sus ingresos “libremente” del mercado, el otro los gastaba allí “libremente”. La sociedad en su conjunto permaneció invisible. El poder del Estado no importaba, ya que cuanto menor fuera su poder, más fluido funcionaría el mecanismo del mercado. Ni los votantes, ni los propietarios, ni los productores, ni los consumidores podrían ser considerados responsables... Cualquier individuo decente podría imaginarse libre de toda responsabilidad por actos de coerción por parte de un Estado que él personalmente rechaza; o por sufrimiento económico en la sociedad del que él, personalmente, no se había beneficiado. Estaba “pagando lo que debía”, “no estaba en deuda con nadie” y no estaba enredado en el mal del poder y el valor económico. Su falta de responsabilidad hacia ellos parecía tan evidente que *negó su realidad en nombre de su libertad*» (Polanyi 2001, p. 266).

Las afirmaciones de «responsabilidad personal» del cuidado de la riqueza, como muchos otros han señalado, se convierten en la forma de medir el valor de las personas. Los ricos son *mejores* porque son ricos. Psicológicamente, cincuenta años más de fundamentalismo de libre mercado han difundido la idea del individualismo tan profundamente que los ricos ya no creen que de alguna manera deben su posición a aquellos cuyos medios de vida económicos recurren para producir riqueza: los trabajadores y consumidores que están debajo de ellos. Atribuyen su notable situación a sus propias cualidades de ser superiores a los demás, nunca a una ventaja histórica, lo que es una lástima para aquellos menos dignos. Cualquier restricción propuesta a su riqueza es un límite inaceptable a su libertad, como sugirió Polanyi. No importa que la mayor parte de la riqueza se herede, no se genere; y esto sería aún más cierto si midiéramos también el «capital social». De esta manera, el cuidado de la riqueza también remodela la psicología humana, exigiendo que las personas «invirtan» en sí mismas, en sus hijos y en su educación. El lenguaje de la psicología se ha convertido en el lenguaje de la economía. Un anuncio comercial reciente en Estados Unidos insta a la gente a proporcionar tarjetas de débito a los niños, argumentando que los niños inteligentes entienden el dinero. Su lema es: «Invierte en tu mejor inversión». Junto con esta visión psicológica de que las opciones de la vida son ilimitadas, viene la visión de que la desgracia es culpa nuestra, o una coincidencia desafortunada, pero ciertamente no es culpa de la estructura social. A medida que la desigualdad de riqueza llega a parecer natural, la idea de que existen estructuras sociales profundas que pueden explicar patrones de clase, raza y otras formas de estratos parece errónea. Aunque uno es así «responsable» de sí mismo, una de las cosas que se pierde es cualquier capacidad de hacer buenos juicios públicos sobre el mundo, a menos que se trate de «dinero». El ciudadano responsable de un Estado que cuida la riqueza gana dinero, gasta dinero y no tiene otras responsabilidades. Estas personas pueden dar caridad si ese es su deseo; pero aquí también los inversores inteligentes siguen una estrategia de «altruismo efectivo», de juzgar por sí mismos si la organización que apoyarán tiene un «retorno de la inversión» suficientemente sólido. Muchos estudiantes que hace algunos años podrían haber obtenido títulos universitarios en humanidades ahora dejan claro que estudian negocios o ciencias de la computación para poder convertirse en «altruistas efectivos» (Heller, 2023).

Dada esta reducción de la preocupación hacia quienes están en la cima de la sociedad, no sorprende, entonces, que la atención a la riqueza sea hostil a la vida democrática. ¿Por qué se debería dar control sobre las vidas de aquellos que han «triunfado» a personas ignorantes? ¿Y a esos «desposeídos» no les interesa solo apoderarse de las propiedades de los ricos? El poder político de las élites y los intereses empresariales es incuestionable, y se crean leyes para darle forma a este poder (Gilens, Page, 2014; Pistor, 2019). La idea de algo público, de que podría haber valores públicos distintos de permitir a los individuos libertad para perseguir sus intereses (que los ricos han marcado como, en el mejor de los casos, la búsqueda de riqueza), se vuelve peligrosa. En su libro *Democracy in Chains*, Nancy

MacLean cita a un historiador, Pierre LeMieux, del movimiento por la economía de la elección pública: «La revolución de la elección pública suena como la sentencia de muerte del “nosotros” político» ([ix]) (MacLean, 2017).

El resultado final del cuidado de la riqueza, con su énfasis en la responsabilidad personal, es limitar la responsabilidad al individuo. Pero más allá de eso, también transforma la forma en que las personas pueden emitir juicios sobre si uno está ejerciendo bien o no sus responsabilidades. Como afirmó Polanyi, las personas que piensan solo en sí mismas verán cualquier cosa que no sea placentera como un asalto a su libertad. El mundo pasa a medirse simplemente en términos altamente individualistas. Las capacidades para emitir juicios sobre responsabilidades y para ver las interconexiones de poder están radicalmente disminuidas.

Ese es el destino de la responsabilidad en nuestro orden económico actual. Pero la situación empeora.

El chantaje de la protección y la pérdida de responsabilidad

La lógica de la protección ha sido criticada durante mucho tiempo por las académicas feministas que reflexionan sobre los estudios de seguridad; Judith Stiehm lo llamó por primera vez «el fraude de la protección» (Stiehm, 1982), pero el argumento fue expuesto enérgicamente por Iris Marion Young (Young, 2003) después del 11 de septiembre de 2001. Young comenzó señalando que los «buenos hombres» protegen a sus mujeres y familias contra hombres malos; y que la protección que reciben los miembros más débiles de la familia justifica cualquier desigualdad que se extraiga como precio por dicha protección. Pero Young observó que la lógica de todas esas formas de protección es infantilizante, como escribió: «A través de la lógica de la protección, el Estado degrada a los miembros de una democracia a ser dependientes» (Young, 2003, p. 9). «Cuando los líderes promulgan miedo y prometen mantenernos a salvo, evocan fantasías y deseos infantiles. Somos seres vulnerables y deseamos mucho estar seguros gracias a un ser superior en poder a todo lo que pueda amenazarnos» Young concluyó con la cruda afirmación: «La ciudadanía democrática... significa, en última instancia, rechazar la jerarquía de protector y protegido».

¿A quién le interesa crear una jerarquía de protectores y protegidos? Históricamente, mantener una población democrática bajo control ha funcionado distinguiendo a los de adentro de los de afuera, a los ciudadanos plenos de los parciales (este término es usado por Parreñas, 2001), etc. Aquellos que sirven como «protectores» pueden hacer reclamos especiales contra aquellos que están protegidos. En *Caring Democracy* (Tronto, 2013) exploré las formas en que la protección justificaba cargas de atención desiguales por género, y podríamos agregar, por raza y sexualidad.⁴

De hecho, podemos llevar este punto un paso más allá y decir que el negocio de la protección es *siempre, inherentemente*, indiferente al menos en algunos aspectos importantes. Proteger a la propia familia, por ejemplo, podría implicar asegurarse de recibir más de la parte que le corresponde de un recurso escaso: por ejemplo, buenos profesores. Lástima para esa otra familia cuya parte ha sido disminuida, pero esto constituye un buen cuidado, protección, para los propios. La creación de una clase de personas que están protegidas y contra las que se debe proteger requiere que también se cree una barrera que impida cuidar bien a los «otros» excluidos.⁵ Desde el punto de vista del cuidado democrático, donde esperamos que todos reciban algún tipo de cuidado «igual», los «otros» peligrosos, cualquiera que sea su caracterización, no pueden tener el mismo estatus en el sistema político democrático.

El negocio de la protección no funciona proporcionando protección al grupo, sino prometiendo que, si la protección falla esta vez, «recibirás la recompensa justa a continuación». Hay una razón por la cual estas afirmaciones se vuelven nostálgicas y seductoras. Pero, como sugirió Young, hacen que un pueblo democrático sea pasivo e infantil. Estos ciudadanos infantilizados, atraídos por la perspectiva de un Estado que los proteja y por hombres (y mujeres) que piensan que son parte de esta estructura de protección, difícilmente pueden ejercer una responsabilidad efectiva. De hecho, cualquier intento de cuestionar esta situación será visto como un tipo de deslealtad que puede costarle a uno la protección que recibe. Hacer que la gente tenga miedo es una forma ideal de mantener en el poder a las personas con poder.

Las instituciones como máquinas de irresponsabilidad

La última forma en que hablaré hoy sobre la disminución de la responsabilidad (sospecho que hay muchas más formas, por favor háganmelo saber) es examinando cómo las instituciones, que deberían ganarse la confianza de la gente, están destruyendo cualquier forma de ejercer la responsabilidad en la vida diaria. Fuera de la familia, donde reinan los supuestos sobre la responsabilidad «natural», un lugar donde los ciudadanos pueden practicar sus habilidades para ejercer la responsabilidad es el entorno laboral. Pero cada vez más, los lugares de trabajo se están convirtiendo en *máquinas de irresponsabilidad*.

Una de las mejores explicaciones que he encontrado para este cambio la ofrece Adia Harvey Wingfield (Wingfield, 2019). En su deseo de reducir los costos laborales, las corporaciones eliminaron a los mandos intermedios, «aplanando» los niveles de responsabilidad y rendición de cuentas. Y si bien un efecto de tal aplanamiento fue hacer que los trabajadores fueran más autónomos y más orientados al trabajo en equipo, el otro lado de este aplanamiento fue hacer que las líneas de responsabilidad dentro de las organizaciones fueran mucho menos claras. ¿Qué sucede entonces cuando algo sale mal en una organización? No hay nadie que se haga cargo y haga las cosas bien.

Cuando combinamos este control flexible de la responsabilidad con las recompensas que obtiene quien recorta el presupuesto por volverse más «eficiente» y «ágil», los resultados finales suelen ser desastrosos. Un lugar donde se puede ver esto en acción es el sector de la salud, donde los niveles de personal se han vuelto precariamente bajos en algunos casos y tienen consecuencias devastadoras. Aquí podríamos introducir otro término no económico mediante el cual podemos hacer evaluaciones: autoridad. La autoridad, «generalmente definida en términos del uso legítimo del poder», existe en los estados y organizaciones. «Cuando una persona reconoce la autoridad de otra, reconoce que, dentro de ciertas limitaciones legales y morales específicas, está obligada a ejecutar las órdenes de dicha autoridad» (Dowding, 2022). Así, la forma habitual de pensar en la autoridad la reduce a una forma de poder para mandar. Otra forma de pensar en la autoridad es verla como un *lenguaje compartido*. Para respetar la autoridad, uno debe comprender las «órdenes» (Hearne, 1983) y, por lo tanto, la autoridad también es *relacional*. Otra forma de plantear este punto es ver que la autoridad, entendida como ejercicio legítimo del poder, es también una forma de responsabilidad. Responsabilidad no es lo mismo que obediencia, que deber; es relacional: es una respuesta y requiere capacidad. Entonces, cuando «autorizamos» a un actor y le pedimos que pregunte en nuestro nombre, también le pedimos que asuma la responsabilidad de actuar y, por lo tanto, que *actúe bien* en nuestro nombre. Así, ejercer la autoridad debe hacerse de manera responsable y, por lo tanto, crea y preserva la confianza, el resultado esencial del cuidado de los demás (ver Tronto, 2013).

Sin embargo, lo que parece estar sucediendo en muchas organizaciones es que existe una división entre quienes tienen autoridad para tomar decisiones, por ejemplo, sobre la asignación de recursos y el establecimiento de iniciativas, y quienes tienen la tarea de llevar a cabo el trabajo de cuidados. Berenice Fisher y yo anticipamos esta división como un peligro de un cuidado incompleto en 1990, y notamos entonces que los que estaban más abajo en las organizaciones a menudo sufrían debido a las malas decisiones tomadas por encima de ellos.⁶ A menudo, al enfrentar decisiones difíciles, las personas en posiciones de autoridad se esconden o se niegan a tomar decisiones, o las toman basándose en motivos ajenos a los que permitiría el otorgamiento de confianza y autoridad. El resultado final es que las responsabilidades de cuidados se asignan sin los recursos adecuados y las iniciativas recaen sobre quienes ya están sobrecargados. Como nadie asume la responsabilidad, las organizaciones parecen no responder sin una buena razón y la fe de la gente en ellas disminuye. A menudo, la causa de tales fallas es la falta de personal, ya que las organizaciones crean «eficiencias» al hacer recortes de personal,⁷ a quienes luego se les dice que «se responsabilicen» para resolver las dificultades (Zacharenko, Elomäki, 2022). Los que tienen lápices afilados son recompensados por su esfuerzo, los trabajadores en la planta están agotados y renuncian. Esta es una forma oculta de mal cuidado que surge de la falta de diálogo con quienes realmente soportarán estas nuevas cargas.⁸ El resultado es un mal cuidado, una pérdida de confianza en las instituciones y un personal sobrecargado.

Permítanme ofrecer dos ejemplos rápidos de este problema: el primero es la falta de personal en las instalaciones de salud. Un efecto de esta falta de personal es que el personal que queda tiene que asumir responsabilidades adicionales. Pero si miramos más de cerca, vemos que de nuevo sucede algo más: se está alejando a las nuevas enfermeras del ejercicio de la enfermería. En un estudio de caso detallado en Bélgica, Christine Grard y sus asociados descubrieron que la sobrecarga de las enfermeras en la atención directa contribuía al alto índice de estudiantes de enfermería que abandonaban la profesión antes de incorporarse a ella (Grard, Baquet, Mugisha, 2023).

El segundo ejemplo se relaciona con la pregunta inicial sobre en qué tipo de democracia quiere vivir la gente. En su libro *Flatlining: Race, Work and Health Care in the New Economy*, Adia Harvey Wingfield descubrió que, si bien los hospitales hablan de sus compromisos con la diversidad y la inclusión, la carga de ese «trabajo de equidad» recae en los diversos profesionales de color del hospital, una actividad que ella llamó «subcontratación racial» (Wingfield, 2019). Estos profesionales ya tienen trabajo más que suficiente que hacer, pero también se ven abrumados por todo el trabajo de «diversidad y equidad» de la institución.

Es obvio, entonces, que las instituciones buscan despojarse de responsabilidades. Ascender más alto en una institución significa aprender a gestionar, no a atender, cuestiones de responsabilidad. El lugar de trabajo era otro lugar donde los ciudadanos podrían haber aprendido a ejercer la responsabilidad. Pero dada la forma en que funcionan las instituciones contemporáneas, parece que ese aprendizaje no se producirá allí de manera positiva.

Juzgando con cuidado. Partiendo del mal cuidado

«¿Qué significa cambiar nuestras ideas de acceso y cuidado (ya sea discapacidad, cuidado infantil, acceso económico o muchos más) de una tarea individual, un costo desafortunado de tener un cuerpo desafortunado, a una responsabilidad colectiva que tal vez sea incluso profundamente alegre?» (Piepzna-Samarashinha, 2018, p. 33).

Entonces, sabiendo todo esto, ¿por qué querríamos empezar a hablar de «mal cuidado» como forma de abordar la vida política? ¿Y cómo nos ayuda el «mal cuidado mala atención» con nuestro dilema aristotélico buena persona/buen ciudadano?

Una forma de leer la inútil respuesta de Aristóteles sobre el dilema buena persona/buen ciudadano es la de Eva Kittay (Kittay, 2019) y otros que se centran en definir que el buen cuidado implica centrarse en lo que la buena persona, *en cuanto* buena persona, haría para que el cuidado sea un término de logro. Cuídate bien cuando puedas, si no puedes, bueno, entonces has tenido la mala suerte moral de vivir en un estado malo e injusto. Es lamentable pero inmutable.

Pero si creemos, por el contrario, que la advertencia de Aristóteles de que solo podemos actuar éticamente en la condición de un buen estado significa que debemos hacer todo lo posible para asegurarnos de vivir en un buen estado, la tarea que tenemos por delante también es clara. Necesitamos encontrar una manera de hablar sobre nuestras responsabilidades colectivas de una manera que pueda reactivarnos como ciudadanos y nos permita emitir juicios con nuestros conciudadanos. Mi modesta propuesta es que la forma de acabar con estas formas desactivadas es empezar a hablar unos con otros, idealmente, incluso, como dijo Danielle Allen, *Talking to Strangers* (Allen, 2004). Si podemos admitir nuestros propios límites, si podemos aprender unos de otros sobre qué tan bien o mal nos estamos preocupando y cómo podríamos cuidar mejor, tal vez sea posible crear espacios públicos para debates genuinos. Por supuesto, esto significa que tenemos que crear espacios en primer lugar que nos permitan expresar de manera segura nuestro cuidado y el mal cuidado. Las lecturas racializadas del cuidado están profundamente arraigadas en la sociedad (Murray, Menzel, 2022), por ejemplo, y una primera tarea será desmitificar las verdades a medias y las percepciones erróneas entre los grupos. Esto requerirá tiempo y una planificación deliberada, pero si los ciudadanos pueden hablar entre sí, también podrán mejorar su criterio sobre los demás. Pero tal vez reconocer hasta qué punto nos involucramos ahora en un mal cuidado (mal cuidado unos de otros, mal cuidado de nuestras familias, mal cuidado de la Tierra, etc.) estimulará a los ciudadanos a actuar para reducir este daño y, al hacerlo, mover el Estado más cercano a algo que sirve a los intereses de todos (que es como Aristóteles define el buen Estado).

A estas alturas no faltan propuestas para crear economías más solidarias o para proporcionar más tiempo para el cuidado (Nedelsky, Malleson, 2023). Otras propuestas enfatizan la importancia de actividades como la puesta en común: compartir las necesidades de cuidados en las comunidades (una práctica frecuente en Barcelona) (Zechner, 2021), o exigir a las personas que sirvan durante una parte de sus vidas en un servicio público, en instituciones de cuidados en lugar de en instituciones militares (Tronto, 2013; Park, 2023). Pero, ¿cómo conseguiremos que se escuchen tales propuestas, cuando es mucho más probable que se conviertan en material para las máquinas propagandísticas de los medios contemporáneos? Las soluciones requieren tanto un liderazgo desde arriba para hablar sobre ciudadanía activa como desde las bases para participar en prácticas de cuidado ordinario y discusión sobre las responsabilidades de cuidado. Sugiero que aquellos de nosotros que deseamos cambiar esta circunstancia debemos pedir a los ciudadanos que comiencen a «juzgar con cuidado»⁹ en lugar de con una concepción más estrecha de su propio interés, o a partir de algunas categorías de identidad, o de alguna identidad partidista. Lo más importante es transformar a los ciudadanos de receptores pasivos a participantes activos en la vida política, incluido el trabajo político de decidir cómo debe preocuparse la sociedad para que todos «puedan vivir en el mundo lo mejor posible».

Esta esperanza de una democracia solidaria no es una historia de perfección o consenso. No todos estaremos de acuerdo sobre las mejores formas de cuidar. Pero ser capaz de

identificar en primer lugar qué constituye «mal cuidado» nos permitirá abordarnos unos a otros en el contexto de llegar a juicios morales adecuados sobre cómo volvernos más adeptos al cuidado y sobre la preocupación por la justicia y la democracia. Creará las condiciones para que podamos desarrollar múltiples perspectivas, múltiples métricas, mediante las cuales pensamos, evaluamos y juzgamos el compromiso mutuo, tanto como receptores como proveedores de cuidado.¹⁰ Y todo esto nos acercará así a un futuro más justo, democrático y solidario.

Algunos ejemplos recientes de manifiestos de cuidados

- Oxfam: *Time to Care* (2020).
- UN Women: (2020) *Families in a Changing World*.
- *Austrian and German Scholars of Care* (2020): *Clean Up Time*.
- Women's Budget Group, UK; Commission on a Gender Equal Economy: *Creating a Caring Economy* (2020).
- The Care Collective: *Care Manifesto: The Politics of Interdependence* (Verso: Septiembre 2020).
- «Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe» / «Towards the construction of Comprehensive Care Systems in Latin America and the Caribbean» (November 2021).
- The Purple Pact (2023).
- Economic Justice and Rights Action Coalition, *The Care Manifesto by women from Latin America, Asia, and Sub-Saharan Africa* (2021).
- Italian feminist call for caring democracy (2020).
- Global Women's Strike for Peace (2022).
- Public Services International (2022).

Notas

1. «Si la excelencia de un buen hombre y de un buen ciudadano es la misma o no... Si, entonces, hay muchas formas de gobierno, es evidente que no hay una sola excelencia del buen ciudadano que sea la excelencia perfecta. Dicen que el hombre bueno es aquel que tiene una única excelencia que es la excelencia perfecta. Por tanto, es evidente que el buen ciudadano no necesita poseer necesariamente la excelencia que hace a un buen hombre». Política 1276 b 16 – 1276 b 35 (Aristóteles, 1997, II, 2025-2026).
2. Esta sección del artículo se presentó previamente en una conferencia en Santiago, Chile, en agosto de 2022.

3. Un tema de muchos escritos en ciencia política, ver, por ejemplo, (Shapiro, 2002).
4. Los racistas blancos, por ejemplo, son especialmente buenos retratando a las personas de otras razas como hostiles, peligrosas y exigiendo que sus «vulnerables» necesiten protección de ellos. La histeria actual sobre los niños homosexuales y transgénero en los EE.UU. es otro indicador del aumento del fraude de protección.
5. Este punto puede cambiar la forma en que leemos la descripción que hace De Beauvoir de «el otro» al comienzo de *El segundo sexo* (Beauvoir, 2010).
6. «Los niveles de responsabilidad en la organización burocrática aumentan a medida que se asciende en la burocracia; los niveles de cuidado aumentan a medida que uno desciende en la burocracia. Así, en el fondo, se espera que los individuos se comprometan en el cuidado de acuerdo con rutinas cuyos procedimientos y lógica se derivaron a cierta distancia del cuidado real.
Dado que las mujeres se encuentran desproporcionadamente en los niveles inferiores de las organizaciones burocráticas, se enfrentan con mayor frecuencia al dilema de tener que romper reglas para hacer lo que quienes reciben los cuidados o ellas mismas perciben como cuidadoso. La difusión de responsabilidades en las burocracias es, por tanto, un problema por el que las trabajadoras pagan un precio particularmente alto» (Fisher y Tronto 1990, p. 49).
7. Por ejemplo, «los hospitales ayudaron a sentar las bases de la crisis laboral mucho antes de la llegada del coronavirus. Buscando mejorar sus resultados, los hospitales buscaron exprimir más trabajo a menos empleados» (Robbins, Thomas y Silver-Greenberg, 2022).
8. Este punto está relacionado con lo que a menudo se llama responsabilización, aunque es algo diferente (ver, por ejemplo, Ilcan y Basok, 2004). En la responsabilización, hay una «desinversión de responsabilidad» explícita, pero el punto aquí es que la autoridad permanece mientras que la responsabilidad es reprimida dentro de las organizaciones.
9. El término proviene de Selma Sevenhuijsen del título holandés de su libro (Sevenhuijsen, 1996, 1998).
10. Otra posibilidad interesante es discutir las dimensiones estéticas de la atención; ver, por ejemplo, (Boorgault, 2022; Thompson, 2015).

Bibliografía

- Allen, D. (2004). *Talking to Strangers: Anxieties of Citizenship Since Brown V. Board of Education*. University of Chicago Press.
- Allen, D. (13 de agosto de 2017). Charlottesville is not the continuation of an old fight. It is something new. *Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/opinions/charlottesville-is-not-the-continuation-of-an-old-fight-it-is-something-new/>

lottesville-is-not-the-continuation-of-an-old-fight-it-is-something-new/2017/08/13/971812f6-8029-11e7-b359-15a3617c767b_story.html?utm_term=.bb846c0fe72c

- Aristóteles (1997). *The Complete Works of Aristotle: The Revised Oxford Translation*. Traducción de Jonathan Barnes. (2 vols). Princeton University Press.
- Beauvoir, S. de (2010). *The Second Sex*. Traducción de Constance Borde y Sheila Malovany-Chevallier. Alfred A. Knopf.
- Bourgault, S. (2022). Jacques Rancière and Care Ethics: Four Lessons in (Feminist) Emancipation. *Philosophies* 2022, 7(3), 62; <https://doi.org/10.3390/philosophies7030062>
- Bullough, O. (2018) *Moneyland: Why Thieves and Crooks Now Rule the World and How to Take it Back*. Profile Books.
- Fisher, B., Tronto, J.C. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. En E. K. Abel y M. Nelson (ed.) *Circles of Care*, (p. 36-54). SUNY Press.
- Foa, R.S., Mounk, Y. (2017). The signs of deconsolidation. *Journal of Democracy*, 28 (1), 5-15.
- Gilens, M., Page B.I. (2014). Testing Theories of American Politics: Elites, Interest Groups, and Average Citizens. *Perspectives on Politics* 12 (3), 564-581. doi: 10.1017/s1537592714001595
- Grard, C., Baquet, C.H., Mugisha, L.M. (2023). *Par-dessus les épaules des stagiaires: La profession infirmière*. Snel.
- Harrington, B. (2016). *Capital Without Borders: Wealth Managers and the One Percent*. Harvard University Press.
- Heller, N. (27 de febrero de 2023). The End of the English Major. *The New Yorker*.
- Ilcan, S., Basok, T. (2004). Community government: voluntary agencies, social justice, and the responsabilization of citizens. *Citizenship Studies*, 8 (2), 129-144. doi: 10.1080/1362102042000214714
- Kittay, E.F. (2019). *Learning from My Daughter: The Value and Care of Disabled Minds*. Oxford University Press.
- MacLean, N. (2017). *Democracy in Chains: The Deep History of the Radical Right's Stealth Plan for America*. Viking.
- Murray, T., Menzel, A. (2022). Black Infant Mortality: Continuities, Contestations and Care. En M. Halliwell y S.A. Jones (ed.). *Companion to the Politics of American Health*, (p. 245-264). Edinburgh University Press.
- Nedelsky, J., Malleson, T. (2023). *Part Time for All: A Care Manifesto*. Oxford University Press.

- Park, J. (2023). *Caring democracy in a degrowth world: An ecofeminist-republican analysis*. [Doctoral dissertation, Queen's University Belfast].
- Parreñas, R.S. (2001). *Servants of Globalization: Women, Migration, and Domestic Work*. Stanford University Press.
- Piepzna-Samarashinha, L.L. (2018). *Care Work: Dreaming Disability Justice*. Arsenal Pulp Press.
- Pistor, K. (2019). *The Code of Capital: How the Law Creates Wealth and Inequality*. Princeton University Press.
- Robbins, R., Thomas, K., Silver-Greenberg, J. (15 de diciembre de 2022). Profits Over Patients: How a Sprawling Hospital Chain Ignited Its Own Staffing Crisis. *New York Times*.
- Sevenhuijsen, S.L. (1996). *Oordelen met zorg: Feministische beschouwingen over recht, moraal en politiek*. Boom.
- Sevenhuijsen, S.L. (1998). *Citizenship and the Ethics of Care*. Routledge.
- Shapiro, I. (2002). Why the poor don't soak the rich. *Daedalus*, 131 (1), 118-129.
- Stewart, M. (2018). The Birth of a New American Aristocracy. *The Atlantic*, junio, 48-63.
- Stiehm, J.H. (1982). The Protected, the Protector, the Defender. *Women Studies International Forum* 5 (3-4), 367-76.
- Thompson, J. (2015). Towards an aesthetics of care. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance* 20 (4), 430-441. doi: 10.1080/13569783.2015.1068109
- Tronto, J.C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. NYU Press.
- Wingfield, A.H. (2019). *Flatlining: Race, Work and Health Care in the New Economy*. University of California Press.
- Winters, J.A. (2010). *Oligarchy*. Cambridge University Press.
- Young, I.M. (2003). The Logic of Masculinist Protection: Reflections on the Current Security State. *Signs: Journal of Women in Culture & Society*, 29 (1), 1-24.
- Zacharenko, E., Elomäki, A. (2022). Constructions of Care in EU Economic, Social, and Gender Equality Policy: Care Providers and Care Recipients versus the Needs of the Economy? *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*. 29(4), 1314-1335. doi: 10.1093/sp/jxac014
- Zechner, M. (2021). *Commoning Care & Collective Power: Childcare Commons and the micropolitics of municipalism in Barcelona*. Transversal Texts.

Capítulo 3

Expectativas de los participantes sobre el Seminario

Colectivo Minerva*

Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets, Núria Cuxart y Anna Ramió

Punto de partida en la transformación de las prácticas de cuidado
Expectativas expresadas por los participantes

* El Colectivo Minerva (www.colectivominerva.cat) es un equipo comprometido con el objetivo de ampliar y fortalecer el conocimiento y la mejora de la calidad del cuidado y del servicio profesional que ofrecen las enfermeras, aportando líneas avanzadas de investigación y reflexión, a nivel nacional e internacional, con la participación de investigadores del cuidado desde una perspectiva ética y sociopolítica. Lo compone Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets Surribas, Anna Ramió Jofre y Núria Cuxart Ainaud. La voluntad del Colectivo Minerva es contribuir a impulsar nuevas iniciativas, en el convencimiento y toma de conciencia del potencial de conocimiento disciplinar existente acerca del cuidado, de la ética del cuidado y de la propia profesión enfermera, como contribución esencial al debate para canalizar propuestas innovadoras de mejora del cuidado y de la práctica enfermera.

Punto de partida en la transformación de las prácticas de cuidado

Pensar en expectativas supone que algo puede suceder, que hay posibilidad razonable de que ocurra. Por ello, al realizar un seminario sobre el desarrollo de políticas de cuidado que pueda modificar estructuras institucionales, que pueda tener posibilidades de implementación, es razonable y oportuno plantearse las expectativas que sugiere. Para ello es necesario contar de forma proactiva con la colaboración de todos los participantes.

La idea que, desde la ética del cuidado, subyace en la realización de la jornada de trabajo realizada es la siguiente: las personas se conciben como seres en interrelación que precisan unos de otros. Así, la política del cuidado implica establecer relaciones entre quienes participan de una situación, buscando, de forma democrática, la acción conjunta desde la pluralidad de valores e intereses. De esta manera, el marco de trabajo de la ética del cuidado –relacional, inclusivo y contextual– promueve espacios de confianza y fomenta la comunicación (Kholen, 2017, p. 63-74) y la cooperación. De acuerdo a estas nociones, la Jornada ha sido un ejercicio de conversación, de diálogo comprometido. De esperanza de conseguir algo. Este cambio de perspectiva modifica el estatus inicial de «asistente» pasivo para hacer patente el papel de compromiso e implicación activa como «participante».

Sin embargo, en las actividades formativas de adultos en modalidad de seminarios, jornadas o congresos, incluso en las que se denominan coloquios, ocurre con frecuencia que no se dispone de tiempo suficiente para el intercambio de opiniones, significados o puntos de partida, porque suelen organizarse de acuerdo a una relación jerárquica en la que los asistentes tienen un papel de escucha y los ponentes, de expertos. De esta manera, una vez que el ponente termina su exposición, se dispone de un tiempo para realizar y responder a preguntas, aunque la posibilidad de réplica e interlocución suele ser reducida. A su vez, dado que el debate no es parte esencial de la actividad, es frecuente que los ponentes consuman, en su exposición, casi todo el tiempo disponible.

La actividad discursiva del Seminario *Qué políticas para qué cuidados. Ética del cuidado, justicia, retos y controversias en la acción* se organiza en torno a dos espacios de intercambio: individual y grupal. El seminario se inicia dando la voz a *cada participante* para expresar y compartir sus puntos de partida, desde *cada lugar* de trabajo y experiencia, con la idea de justificar su interés por el seminario. Este tiempo ofrece a cada asistente la posibilidad de dar a conocer sus expectativas, tanto en lo relacionado con el contenido del seminario como en su desarrollo, al tiempo que escuchar los intereses de los demás. De esta forma, la igualdad de voz crea un contexto de reflexión cooperativa que prepara el debate democrático sobre la responsabilidad social acerca de las posibles políticas que den respuestas a las necesidades de cuidado. Son aspectos que forman parte de la ponencia de Joan Tronto y del posterior trabajo grupal.

En el siguiente apartado, el Colectivo Minerva recoge las expectativas que han manifestado individualmente los asistentes al inicio del seminario y argumenta la importancia de centrar la atención en el desarrollo del cuidado, su implementación y evaluación desde diferentes perspectivas profesionales: teóricas, de práctica profesional, de práctica universitaria/académica y de gestión y/o organización de instituciones o servicios de salud. Posteriormente, forma parte del debate y de las reflexiones y aportaciones realizadas en los grupos de trabajo del seminario.

Expectativas expresadas por los participantes

Las aportaciones individuales acerca de las expectativas se refieren a preocupaciones y consideraciones respecto a los retos actuales de las políticas de cuidado. De acuerdo a la experiencia y el contexto profesional de cada participante, surgen de forma transversal la importancia de la promoción y desarrollo de políticas de cuidado y, para ello, expresan el requerimiento de que las instituciones promuevan cambios para que las necesidades de cuidados puedan ser identificadas, tenidas en cuenta y satisfechas. Estas ideas se concretan en las expectativas, unas de carácter general y conceptual y otras vinculadas a la práctica del cuidado de la salud, que se han agrupado entorno a:

1. Promover la interrelación entre micro y macro ética, identificando estrategias de transformación de la realidad.
2. Impulsar y fortalecer la responsabilidad ética en cuanto a relaciones de poder y asignación de responsabilidades.
3. Atender la interrelación entre la gestión y la práctica, introduciendo alguna forma de medida.
4. Alentar la responsabilidad y competencia ética de las enfermeras en las políticas de cuidados y articular con valores en presencia.
5. Fomentar la relación entre las políticas de cuidados y la formación, a fin de promover la cultura de cuidado.
6. Tener en cuenta la espiritualidad en las políticas de cuidados.

La *interrelación entre la micro y la macro ética* se expresa a través de la preocupación por las estructuras institucionales en el ámbito de la salud. En la actualidad, la percepción es que todavía se establecen relaciones excesivamente jerárquicas y es necesario trabajar para su evolución hacia el trabajo en equipo y la corresponsabilidad. En este sentido se señala que para conseguir que las políticas de cuidados sean una realidad, y teniendo en cuenta que las instituciones de salud son siempre sistemas complejos, la expectativa es encontrar los engranajes y formas que promuevan la interrelación, inclusiva y participativa, entre quienes gestan las políticas, quienes las llevan a cabo y quienes las reciben. Es preciso compartir de manera razonable y coherente los valores institucionales en todos los niveles de la organización, a fin de que los gestores puedan adaptar las directrices

generales a las situaciones concretas de cada institución y/o servicio, y los profesionales de atención directa puedan adaptar las directrices de cada institución a los contextos particulares de cuidados, articulando el cuidado con los valores institucionales sin perder la esencia ética del mismo. La expectativa es que las instituciones generen contextos en los que se pueda incluir a los receptores del cuidado, en tanto que claves para la definición, puesta en marcha y evaluación de las políticas de cuidados. Para ello es preciso no solo disponer de políticas de cuidados, sino también de estrategias de implementación, seguimiento y voluntad decidida, para que sea posible llevarlas a cabo en cada unidad o servicio.

Las expectativas respecto a *impulsar y fortalecer la responsabilidad ética en cuanto a relaciones de poder y asignación de responsabilidades* se expresan de acuerdo con las ideas de Joan Tronto relativas a las relaciones de poder y la asignación de responsabilidades en las instituciones, reivindicando la sensibilidad ética, sea cual sea su nivel. Esta idea se vincula con el concepto de justicia entendido más allá de la consecución de derechos, yendo hacia la noción de justicia relacional en tanto que una práctica que llegue a quienes llevan a cabo el cuidado y a quienes lo reciben, teniendo en cuenta no solo la protección de los derechos sino también la capacidad de sostener relaciones saludables continuadas. En este sentido se manifiesta la expectativa de aprender a ejercer la responsabilidad desde las ideas de Joan Tronto. También, desde la mirada del derecho, se relaciona la relevancia de la ética del cuidado en la implementación de las normas legales, ya que estas tienen como reto su conexión con la vida cotidiana y se manifiesta la importancia de implementar las leyes en la realidad diaria. Por ejemplo, el derecho de familia contribuye a la distribución de roles en cuestiones como la custodia de los hijos o el reparto de bienes en un divorcio, de modo que lo jurídico perpetúa una determinada cultura. Así, se reflexiona sobre cómo las políticas promueven procesos de transformación social y cómo plantean la acción tratando de buscar soluciones en situaciones de cotidianidad y de conflicto.

En la *interrelación entre la gestión y la práctica*, se identifica y relaciona la responsabilidad ética de la persona gestora con la posibilidad de que el buen cuidado pueda llevarse a cabo. Por ello la expectativa es hallar formas de implicar y cuidar a todos los profesionales que cuidan, desarrollando una gestión inclusiva y participativa. En este sentido surge una expresión crítica hacia la conciencia ética del propio gestor/a, ya que de su gestión depende, en gran parte, la posibilidad del buen cuidado. Los gestores son conscientes de que los cuidadores corren el riesgo de enfermar ética y políticamente, dadas las situaciones actuales en las que se está llevando a cabo el cuidado, que con frecuencia exige un importante sobre esfuerzo físico y emocional para quien lo realiza. La persona o personas que cuidan y se sienten responsables de ello pueden experimentar situaciones de mal cuidado en las que no tienen oportunidad de intervenir y modificar. Por ello, pueden adoptar estrategias defensivas para evitar su propio sufrimiento y angustia moral. Los gestores son conscientes de que, cuando las condiciones de trabajo –recursos humanos,

materiales, contrataciones laborales u otras– no se contemplan como parte de las políticas concretas de cuidados, se pueden manifestar sentimientos de mala gestión e impotencia. Cuando generan mal cuidado, las estructuras institucionales son una fuente de ansiedad para los gestores. A su vez, los profesionales de la práctica permanecen alejados de las dificultades de la gestión. Parece haber una dificultad para que ambos, profesionales de la gestión y de la atención directa, se comprendan mutuamente. La expectativa es que compartan los problemas y retos del trabajo y traten de promover cambios que beneficien a todas las personas implicadas.

Entre las expectativas se tiene en cuenta la *formación de los futuros profesionales*. La ausencia de políticas que hagan posible que el cuidado sea una realidad, repercute en el aprendizaje de los futuros profesionales que deben desarrollar actitudes y conductas en entornos poco favorecedores y jerarquizados, cuando no opuestos al propio cuidado. En ocasiones el cuidado se aprende por su ausencia más que por su presencia, y ello genera actitudes de crítica hacia los profesionales de la provisión directa. Este hecho puede conllevar una situación negativa para el aprendizaje, alejando éticamente a estudiantes y profesionales. Este contexto no ayuda a reforzar la identidad profesional, que se ve disminuida cuando la práctica no es adecuada por falta de condiciones. Las políticas de cuidados deben tener en cuenta los requisitos necesarios para que sea posible llevar a cabo el buen cuidado.

Las expectativas sobre la *responsabilidad y competencia ética de las enfermeras en las políticas de cuidados y su articulación con valores en presencia* se expresan en la perspectiva del reconocimiento real de la responsabilidad enfermera en las políticas de salud. En la mayoría de documentos y declaraciones de principios institucionales se reconoce el cuidado como un valor central y a las enfermeras como referentes del cuidado, aunque la transmisión efectiva a la realidad suele brillar por su ausencia. Desde la acción/intervención y la perspectiva enfermera hay pocos espacios y ocasiones para su participación real en la elaboración de las políticas de salud en general y de cuidados en particular. La mirada del cuidado en la práctica enfermera tiene una tímida presencia en los lugares de discusión, decisión y generación de políticas. Existe una preocupación en torno a la autoridad ética de las enfermeras en el desarrollo de las políticas de cuidados, pues precisan del reconocimiento de su competencia política para ponerla en práctica y desarrollarla. En concreto, se expresa la expectativa de identificar estrategias que ayuden a consolidar la autoridad enfermera en el liderazgo de políticas de cuidados para transformar la realidad y compartir con otros actores/agentes la responsabilidad ética y moral en su formulación y consecución. Para ello se identifica como imprescindible afianzar de forma cuidadosa, nombrar y hacer presente el lenguaje de cuidados, en co-creación con los grupos de profesionales y de trabajo implicados. También hay que incidir en la definición de necesidades de cuidados, los indicadores de buen cuidado y la forma de rendir cuentas. A su vez, desde las sociedades científicas surge la expectativa de trabajar en la promoción

de la cultura del cuidado y en la consecución de políticas de cuidados que respondan, realmente, a las necesidades de cuidado de las personas.

Entre las expectativas se expresa el papel de las políticas para ayudar *a mejorar el cuidado a través de la espiritualidad* en los contextos de atención social y de salud. La espiritualidad es intrínseca al ser humano y tiene un papel relevante en la vida de las personas. Así pues, es crucial integrar la espiritualidad en las políticas y acciones de cuidados, ya que repercute directamente en el bienestar de las personas. La expectativa se concreta en que las políticas de cuidados incorporen primero el respeto por la espiritualidad de las personas en cada contexto de cuidado y atención, y a continuación programas específicos de formación para atender esta dimensión del ser humano en la planificación de los cuidados.

En resumen, las propuestas del marco teórico de la ética del cuidado se identifican en las expectativas de los participantes. Es patente la importancia de las políticas de cuidados para la vida de las personas, para quienes organizan y gestionan el cuidado, para quien cuida y para quien es cuidado, para quienes se inician en aprender a cuidar y quienes se esfuerzan por mantener la capacidad de seguir cuidando. Se plantean sus expectativas de cambio hacia estructuras institucionales, a fin de dar respuesta a las necesidades de cuidados, hacia la generación de relaciones interpersonales democráticas y de contextos en los que el buen cuidado sea posible. De este modo, desarrollar el trabajo sobre la creación y puesta en marcha de políticas de cuidados, con cuidado, se convierte en una clave y un reto.

La expresión y manifestación de las expectativas presentadas en este capítulo 3 permite reflexionar sobre un abanico de opciones de enfoque diverso e imaginativo. Son ideas que remiten al talento y al potencial existente de desarrollo de iniciativas y actividades a partir de las expectativas. Los ejemplos aportados en los grupos de trabajo, (capítulo 4, a continuación) han sido diversos y alentadores para seguir avanzando en varios ámbitos, que pueden dar lugar a actividades innovadoras y generadoras de nuevos contextos de cuidado que contribuyan a conseguir la transformación social y política necesarias para una mejor comprensión y reconocimiento del derecho al cuidado.

Capítulo 4

Rasgos y orientación de las políticas: provisión directa de cuidado en la realidad cotidiana

Colectivo Minerva*

Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets, Núria Cuxart y Anna Ramió

Dinámica propuesta para los grupos de trabajo

Ideas surgidas durante el debate

Identificación de mal cuidado

Identificación de buen cuidado

Bibliografía

Anexos

4.1 Grupo de trabajo con Joan Tronto y personas expertas en diferentes contextos de provisión y políticas de cuidados

4.2 Presentación de la contribución de los grupos de trabajo

* El Colectivo Minerva (www.colectivominerva.cat) es un equipo comprometido con el objetivo de ampliar y fortalecer el conocimiento y la mejora de la calidad del cuidado y del servicio profesional que ofrecen las enfermeras, aportando líneas avanzadas de investigación y reflexión, a nivel nacional e internacional, con la participación de investigadores del cuidado desde una perspectiva ética y sociopolítica. Lo compone Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets Surribas, Anna Ramió Jofre y Núria Cuxart Ainaud. La voluntad del Colectivo Minerva es contribuir a impulsar nuevas iniciativas, en el convencimiento y toma de conciencia del potencial de conocimiento disciplinar existente acerca del cuidado, de la ética del cuidado y de la propia profesión enfermera, como contribución esencial al debate para canalizar propuestas innovadoras de mejora del cuidado y de la práctica enfermera.

Dinámica propuesta para los grupos de trabajo

En este capítulo se recogen los resultados de los trabajos en grupo realizado en el VII Seminario del Proyecto *Ética y valores del cuidado*. La jornada se organizó para disponer de tiempo y espacio para promover la participación y el debate de todos los asistentes, participantes y ponentes. Tras la intervención del Colectivo Minerva (capítulo 1) y de Joan Tronto (capítulo 2), los participantes se reunieron en torno a cuatro grupos con el propósito de exponer, debatir y reflexionar acerca de los rasgos y orientación de las políticas y la provisión de cuidados en su realidad y experiencia cotidiana. En los días previos al seminario, se propusieron lecturas para familiarizarse con las ideas de Joan Tronto respecto a las políticas de cuidados y la responsabilidad de las instituciones al respecto. La documentación propuesta fue: *Creating Caring Institutions: Politics, Plurality and Purpose* (2010), *Who cares* (2015) y *Riesgo o cuidado* (2020). A su vez, la carta de invitación al seminario exponía cuál sería el trabajo a realizar a lo largo de la jornada (anexo 4.1).

Los grupos de trabajo se centraron en plantear sus experiencias sobre la presencia de buen o mal cuidado, esbozar sugerencias sobre los posibles motivos del mismo y pensar en propuestas de cambio a implementar en el ámbito de cada participante (anexo 4.1). Posteriormente, cada grupo tomó la palabra, se compartieron las ideas trabajadas y se recogieron en forma de notas que se transcriben en el anexo 4.2.

Ideas surgidas durante el debate

Identificación de mal cuidado

Los grupos coinciden en que la experiencia de mal cuidado se relaciona directamente con los aspectos referentes a la organización de las instituciones, ya sea sanitarias, sociales o universitarias. Las tres son organizaciones que, en las experiencias expresadas, dificultan el cuidado. En las instituciones asistenciales se detalla como clave del mal cuidado la escasez de profesionales para el cuidado directo, y se hace especial énfasis en la burocratización que está incrementando progresivamente en todos los procesos de atención.

La falta de recursos humanos, junto a la elevada presión asistencial que tuvo su máxima expresión en la época de la epidemia de la COVID-19, es relevante y dolorosa y genera una importante angustia moral, tanto en los profesionales de la asistencia directa como en los responsables de la gestión de unidades. Se relata la vivencia de saber lo que debería hacerse al tiempo que la imposibilidad de llevarlo a cabo. Así, con frecuencia, las actividades de cuidado directo de las necesidades básicas y el acompañamiento y comunicación quedan en segundo nivel, invisibilizadas y/o desprotegidas. Por ejemplo, el uso de la comunicación telefónica como vía de interrelación con los profesionales ha pasado a ser una práctica habitual en lugar de las entrevistas presenciales. Si bien en el tiempo de pandemia fue un recur-

so para adaptarse a la situación y requerimientos que en ese momento se exigían para la seguridad, parece que hoy en día se ha convertido en un hábito reconocido como buena práctica. Ello implica la despreocupación institucional para proveer de espacios adecuados en los que se respete la privacidad y se promueva el establecimiento de una relación profesional terapéutica personalizada, aspectos que se consideran esenciales para una relación de cuidados. La situación se presenta como paradójica. Se proclama una atención centrada en las personas, pero no se provee de recursos precisos por lo que, si bien los profesionales sienten y saben lo que deberían hacer y tienen la sensibilidad y las razones éticas para ello, carecen, no obstante, de estructuras organizativas y contextos favorables para su desarrollo.

Respecto a la excesiva burocratización de los procesos de atención, los participantes señalan dificultades que los protocolos, a menudo demasiado rígidos e impuestos, generalmente definen las acciones a llevar a cabo generando y promoviendo una forma de trabajo que aleja la atención del cuidado personalizado. Ello tiene varias consecuencias negativas. Por un lado, promueve la cosificación de las personas atendidas y por otro des-responsabiliza a los profesionales, que sienten que tienen pocas ocasiones para poder desarrollar su autonomía en el cuidado. Además, el cumplimiento y registro del trabajo realizado requiere un tiempo que se desplaza del cuidado directo, a veces con importantes dificultades derivadas de los mecanismos e instrumentos para registrar los datos. Todo ello incrementa la experiencia de mal cuidado.

Otra consecuencia de la escasez de tiempo y la burocratización es el desvío de la responsabilidad del cuidado hacia las familias, e incluso hacia las propias personas, que a menudo deben reorganizar sus vidas de forma relevante para disponer del tiempo y la competencia necesarios. Persiste un sistema familiarista, que deposita en las familias la responsabilidad del cuidado sin proporcionar los apoyos necesarios. Con frecuencia, esta realidad provoca conflictos éticos, tanto en los profesionales como en las propias familias y personas atendidas.

También se ha señalado como factor generador de mal cuidado la actual estructura, separada y diferenciada entre sí, de los sistemas sanitario y social. Los diversos convenios y carteras de servicios establecidas con las entidades sociales colaboradoras implican una inequidad en los servicios y en el reconocimiento de los derechos, tanto de las personas atendidas como de los trabajadores.

En la actualidad persiste un enfoque centrado en la carencia y la enfermedad, que conlleva un alto porcentaje de indicadores de la actividad asistencial cuantitativos y basados en actividad médica por encima de indicadores de cuidado, que son escasos o inexistentes. Todos los grupos identificaron como posible causa de mal cuidado las actuales formas de trabajo en equipo, que redundan en la organización por tareas y responsabilidades individuales en cada turno de trabajo. Ello afianza la jerarquización y parcela la responsabilidad del proceso global de atención. La comunicación entre trabajadores y centros no suele formar parte de la organización de la atención, sino que se lleva a cabo al arbitrio del

profesional concreto que entiende que debe ser así. El trabajo en equipo se ve dificultado por la escasez y los continuos cambios de profesionales.

Las estructuras para llevar a cabo un trabajo en corresponsabilización del cuidado como el eje clave entre profesionales y niveles asistenciales sigue siendo una asignatura pendiente, a pesar de algunos ejemplos de formas de organización consensuada que se detallaron en relación al buen cuidado.

En relación a las personas mayores, el mal cuidado se relaciona con el individualismo que promueve la sociedad actual y que redundaría en una falta de solidaridad intergeneracional. En el ámbito de la asistencia, se señala que la poca cobertura de los servicios públicos trae consigo un déficit en el conocimiento y la formación del cuidado de las necesidades de las personas mayores, y promueve el surgimiento de instituciones privadas con criterios de eficacia económica que subordinan la necesidad de cuidados al criterio de eficiencia. Un enfoque de negocio que además redundaría en la desigualdad social.

Con respecto al ámbito académico, el mal de cuidado se concreta en la relación entre la institución universitaria con los profesores noveles, cuya integración se vive como abusiva y, la «expulsión» de los mayores, al carecer de las nuevas competencias relacionadas con el uso de las tecnologías en el aprendizaje. Así, los participantes plantean la necesidad de cambiar las estructuras actuales hacia un trabajo colaborativo entre ambos. No se señala mal cuidado respecto a los alumnos ni hacia las instituciones colaboradoras en la formación.

En definitiva, las principales causas de mal cuidado se ciñen a las organizaciones e instituciones actuales, en las que conviven estructuras burocratizadas y jerárquicas que contrastan con la intención de centrar la atención en las personas y colocar el cuidado en el centro. Parece un oxímoron que aboca a los profesionales a situaciones de ansiedad importantes, que se reflejan en la expresión de una participante: «amo mi profesión, odio mi trabajo».

De acuerdo con las causas definidas, las sugerencias de mejora se relacionan con cambios sustanciales en las organizaciones e instituciones: la necesidad imperativa de modificar las estructuras y disminuir las exigencias burocráticas para poder cuidar.

La integración de las instituciones sanitarias entre sí y con las sociales es uno de los factores señalados, con un mayor esfuerzo de coordinación en los ámbitos de atención primaria y/o comunitaria, los centros sociosanitarios y los hospitalarios. Integración que, en el caso de las personas mayores con necesidades de cuidados, debe dar lugar a que tengan la posibilidad de permanecer en el domicilio, si así lo prefieren. Y a sus familias, de poder integrar esa situación en su vida cotidiana. Aunque el ámbito de atención que más han trabajado los grupos es el del cuidado de los mayores, las ideas se hacen extensibles a todos los niveles asistenciales y a los grupos de población. También se señala la necesidad de homogeneizar la cartera de servicios y su accesibilidad a todas las personas.

Se resaltan algunos aspectos de mejora en relación al cuidado directo que proporcionan los profesionales. Se corresponden con la disposición del coraje moral suficiente para colaborar en la orientación del cambio de modelos organizativos centrados en valores. En ello destaca la formación en comunicación, con sensibilidad ética, de manera que se manifieste el respeto por la dignidad de las personas atendidas y de quienes las cuidan. Se identifica el trabajo de los comités de ética asistencial como referente ético en las instituciones, aunque actualmente precisan de un mayor reconocimiento del esfuerzo y dedicación que supone la pertenencia a un comité, y un mayor cumplimiento institucional de sus recomendaciones. Las instituciones son responsables de crear contextos en los que la reflexión sobre la orientación ética del cuidado sea posible y la organización por valores pueda tener lugar más allá de las proclamas.

Identificación de buen cuidado

A partir del planteamiento del «buen cuidado» y de las alertas de Joan Tronto sobre los supuestos en los que no puede hablarse de buen cuidado, las personas participantes han expuesto ejemplos de políticas de cuidado, así como recomendaciones o propuestas de mejora sobre respuestas a las necesidades de cuidado posibles en sus contextos particulares.

Se identifican iniciativas en marcha que se han considerado relevantes y que, en opinión de uno de los grupos de trabajo, incluyen en gran medida el enfoque de la ética del cuidado. Iniciativas en forma de red como, por ejemplo, las relacionadas con una nueva gestión del tiempo/políticas del tiempo para situarlas en la toma de decisiones políticas, laborales y sociales. Se presentan ejemplos de ello como la *Barcelona Time Use Initiative for a Healthy Society* (<https://timeuse.barcelona/>) o La Red NUST (<https://ajuntament.barcelona.cat/usosdeltemps/es/red-de-empresas-nust/que-es-la-red-nust>), dedicada a facilitar una mejor gestión del tiempo y una conciliación y corresponsabilidad en la vida laboral, familiar, personal y social, creada por responsables municipales como el Ayuntamiento de Barcelona. Otro ejemplo es la *Xarxa pel dret a la cura* (<https://dretacura.bcn.coop/>), una organización ciudadana que lucha por conseguir la transformación social y política necesarias para el reconocimiento del derecho al cuidado. Todas ellas, junto a otras relacionadas con la promoción de la cultura de la paz y la defensa de los derechos humanos, o con el impulso de canales de comunicación específicos que permiten a los trabajadores expresar nuevas necesidades, pueden ser ejemplo de la toma de conciencia en las organizaciones de la importancia de la gestión de entornos que promueven las relaciones de cuidado.

Pensar en el modelo de gestión que se adopta en cada organización y sus consecuencias es importante, ya que ayuda, por ejemplo, a romper con la hegemonía del valor «eficiencia, frecuentemente relacionado solo con costes económicos. Entender las organizaciones de manera más amplia incluye la aplicación del saber de distintas disciplinas profesionales

a la resolución de los problemas que experimentan las personas a las que se atiende. Cuando las organizaciones no se benefician de estos saberes profesionales, se desaprovecha en tanto que recurso y se convierte en ineficiencia.

Quizás por ello, para la promoción del buen cuidado, el papel vertebrador de las instituciones que favorezca la coordinación de las diversas iniciativas es decisivo, como lo es la reflexión amplia y compartida sobre la provisión de cuidados, sabiendo que requerirá de consensos y de compromisos: en ello la ética del cuidado es un marco de referencia que, al centrar el trabajo en las personas participantes, incita a la colaboración, a la formación conjunta, a desarrollar espacios de confianza interprofesional y a la corresponsabilización, entre otras prácticas. En la toma de decisiones, la ética del cuidado conlleva la reflexión –y la redefinición si es necesario– sobre los contextos con la participación, la escucha y el respeto a la transversalidad en las visiones. Es una invitación a pensar, conocer y utilizar otros conocimientos conjugando las formas de cuidar y de curar de forma no excluyente, más allá del modelo biomédico imperante. Es una apuesta por el trabajo en equipo, en el que los saberes configuran nuevas maneras de ver, decir y hacer. Es también una nueva manera de entender la responsabilidad, que no se trata solo de dar respuesta, sino de involucrarse responsablemente (Cabral, Drazile, Mendizábal, 2024). De lo contrario, algunos protocolos que han sido definidos para promover el buen cuidado pueden incluir decisiones y acciones que podrían considerarse de mal cuidado. De nuevo, las alertas propuestas por Joan Tronto son decisivas para esclarecer multitud de situaciones relacionadas con las políticas de cuidados.

La promoción del buen cuidado también precisa capacitar a los profesionales, poniendo especial énfasis en las relaciones entre los más jóvenes, que se incorporan a la vida profesional, con los que llevan años de experiencia, desde una perspectiva intergeneracional y comunitaria, para cimentar el pensamiento crítico y el compromiso ético de involucrarse responsablemente en la atención a las necesidades de salud. Quizás así pueda contribuirse a reconocer los problemas que se generan en los sistemas sanitarios y sociales y aceptar el reto colectivo para su mejora.

Todas estas ideas expresadas por los grupos de trabajo se complementan con las aportaciones individuales de algunos participantes, que han decidido explicitar preocupaciones relacionadas con las políticas de cuidados, y que se ofrecen el siguiente capítulo 5.

Bibliografía

Cabral, X.I., Drazile, N., Mendizábal, V. (2024). Saber del cuerpo, saber con el cuerpo: la comunicación de la salud desde una ética del cuidado. *Dixit*, 38, 1-11. e3512. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/dix/v38/0797-3691-dix-38-e3512.pdf>

Anexo 4.1

Grupo de trabajo con Joan Tronto y personas expertas en diferentes contextos de provisión y políticas de cuidados

Actividad propuesta en el marco del Seminario VII

Qué políticas para qué cuidados.

Ética del cuidado, justicia, retos y controversias en la acción

Proyecto Ética y valores del cuidado

Barcelona, 27 de septiembre de 2023

Coordinación: Colectivo Minerva (www.colectivominerva.cat)

Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets, Núria Cuxart y Anna Ramió

En el marco del VII Seminario del Proyecto *Ética y valores del cuidado*, se organiza una actividad de grupo con Joan Tronto, profesora de ciencias políticas en la Universidad de Minnesota y especialista en ética y política del cuidado. El propósito es disponer de espacio y tiempo compartido que genere las condiciones para exponer, debatir, reflexionar acerca de los rasgos y orientación de las políticas y provisión de cuidados en la realidad y compartir la experiencia cotidiana de los participantes expertos convocados.

Como punto de partida se propone la lectura del artículo «Creating Caring Institutions: Politics, Plurality and Purpose», *Ethics and Social Welfare* 4 (Tronto, 2010), en que la autora argumenta su planteamiento acerca de la necesidad de profundizar en el cuidado y en las políticas de las instituciones de salud y sociales; «imaginando un mundo para cuidar». Asimismo, es especialmente recomendable otra bibliografía de la autora como: *Who cares* (2015) y *Riesgo o cuidado* (2020). Se adjuntan los tres documentos.

En base a las lecturas, y para responder a los objetivos del seminario –ver programa adjunto– se propone el análisis, desde la experiencia de cada experto, de aspectos en los que conviene profundizar para mejorar, ofrecer vías y propuestas y responder a las necesidades de cuidados. Pueden ser de especial interés aspectos esenciales como la existencia de un lenguaje específico que permita identificar el cuidado; la visibilidad o invisibilidad del cuidado en las políticas, instituciones, protocolos, guías de actuación y criterios de calidad, entre otros; y la responsabilidad profesional e institucional del cuidado, tanto de quienes lo reciben como de quienes lo brindan.

Desarrollo de la sesión del grupo de trabajo:

1. Trabajo en grupos reducidos, previamente constituidos. Se facilitarán cuestiones para el debate. Cada grupo contará con una observadora del Colectivo Minerva y se acordará un/una portavoz, que recogerá las ideas expresadas para el debate posterior.
2. Puesta en común de las aportaciones de cada grupo y debate conjunto. El material recogido se incluirá como parte de la reflexión final que el Colectivo Minerva elaborará como capítulo en la obra que reúne los materiales del Seminario VII, con independencia de las aportaciones que a título individual haga llegar cada participante.

Durante las presentaciones realizadas en este Seminario se han expuesto aspectos que pueden ayudar a reflexionar y promover el buen cuidado, así como estimular la creación y consolidación de las condiciones que lo impulsan y facilitan.

En el trabajo grupal que forma parte del mismo, se propone que en cada grupo se recojan las aportaciones de los participantes, de acuerdo a su experiencia, en perspectiva micro/macro de políticas de cuidado, respondiendo a:

1. Presencia de buen cuidado/mal cuidado en su institución/puesto trabajo.
2. Sugerencias sobre iniciativas para generar contextos de buen cuidado:
El diagrama de la primera ponencia del Seminario VII puede ser un punto de partida.
3. Márgenes de mejora concretos: qué, cómo, de quién es la responsabilidad:
Pensar en iniciativas a desarrollar que conecten las distintas disciplinas.
4. Otros aspectos que parezcan de interés, a tener en cuenta para promover el buen cuidado, pensando en propuestas a implementar en el ámbito de cada participante.
5. Conocimiento o uso de alguna iniciativa en curso que se considere relevante destacar, y que incluya el enfoque en el que profundiza el Seminario VII:
¿Se estimulan descubrimientos para prevenir o encarar retos de futuro? ¿Se piensa en soluciones para optimizar la salud? ¿Se eliminan barreras? ¿Cómo se manifiesta la innovación?

Anexo 4.2

Presentación de la contribución de los grupos de trabajo

Portavoces de los expertos participantes en el seminario

Este anexo contiene las ideas trabajadas en cada grupo, recogidas en forma de notas y transcritas

Grupo 1

Portavoces: Àngela Vilà y Jordi Ribot

Presencia de buen cuidado/mal cuidado en su institución/puesto de trabajo

El grupo constata la presencia de mal cuidado en los siguientes aspectos:

- Presión asistencial en los servicios de urgencias, que provoca una alta acumulación de personas atendidas o en espera, sobre todo durante los períodos de epidemia gripal. Esta situación comporta una falta de intimidad de las personas atendidas, e importantes dificultades en la atención a sus necesidades de cuidados: higiene, comunicación, acompañamiento...
- Responsabilización a la familia y a la persona del mal cuidado a causa de la presión del sistema. Responsabilización a la familia de situaciones derivadas de déficits que son estructurales, tanto en el sistema social como sanitario. Los déficits estructurales de las instituciones implican que algunos cuidados básicos recaigan en la familia.
- Situación de precariedad en el cuidado, producida por una sobrecarga de trabajo, que deriva en conflictos morales entre profesionales y personas atendidas.
- Déficit comunicativo/informativo; por ejemplo, comunicaciones telefónicas a las familias, que suplantán la comunicación personal.
- Falta de espacios adecuados en los que se respete la privacidad y se permita el establecimiento de una relación profesional terapéutica (habitaciones compartidas, ausencia de despachos, etc.).
- Hemos escuchado de los profesionales: «Amo mi profesión, odio mi trabajo»; comentarios en referencia a situaciones de saturación, falta de tiempo para realizar cuidados de calidad, ratios inadecuadas...

Sugerencias sobre los posibles motivos del mal cuidado

- Carencias formativas en habilidades comunicativas. La formación profesional y la preparación del perfil profesional debe incluir contenidos de comunicación interprofesional, y comunicación con las personas atendidas y la familia. Falta de evaluación del proceso de comunicación, que provoca inercias inadecuadas que se consolidan.
- Hipertrofia burocrática.
- Falta de competencia digital en personas mayores, que carecen de la ayuda necesaria para ello y que, por tanto, son expulsadas del sistema.
- Falta de profesionales.
- La estandarización que promueve no personalizar. Los formularios son un tipo de estandarización que genera la no individualización de la atención. A su vez es causa de desmotivación profesional.
- Los criterios de eficacia económica en la prestación sanitaria y social generan decisiones de mal cuidado, es decir, se subordina la necesidad de las personas atendidas y/o familias al criterio de eficiencia. Alto porcentaje de indicadores cuantitativos y basados en actividad médica.
- Evolución hacia un individualismo social que conlleva falta de solidaridad.

Aspectos que parecen de interés para identificar el mal cuidado, pensando en propuestas de cambio a implementar en el ámbito de cada participante

Propuestas de cambio

- Incorporar aspectos éticos en los indicadores de resultados de la actividad asistencial. Previamente, mayor formación en ética del cuidado, en coraje moral y en modelos organizativos basados en valores.
- Homogeneizar tarifas en servicios, cartera de servicios, convenios laborales y accesibilidad.
- Reducir la cantidad de burocracia innecesaria en todo el proceso asistencial.
- Equilibrar responsabilidades con recursos de tiempo a los miembros de los Comités de Ética.

Márgenes de mejora concretos: qué, cómo, de quién es la responsabilidad

- En las actividades de formación, a cualquier nivel, integrar las competencias transversales en las materias clínicas. Por ejemplo, incorporar módulos de ética en la organización, incluir el concepto de autonomía, etc.
- Identificar y promover el papel de personas referentes en valores de la institución, ya que aseguran continuidad y transmisión. Desarrollar el rol del mentor.

Conocimiento o uso de alguna iniciativa en curso que se considere relevante destacar y que incluya el enfoque en el que profundiza el Seminario VII

- El papel de los comités de ética asistencial que, mediante consultoría ética individual, responden y aumentan la sensibilidad de los profesionales a partir de la reflexión de una situación concreta. El objetivo es sentar criterio para abordar casos similares.

Grupo 2

Portavoz: Josefina Goberna

El grupo inicia el trabajo centrando los aspectos de mal cuidado en el seno de las instituciones en las que trabajan:

- En la Universidad, falta de cuidado, especialmente hacia los profesores jóvenes.
- Hipertrofia burocrática en los centros asistenciales.
- Explosión de las personas mayores por falta de competencia.

El grupo trabaja el envejecimiento y la falta de recursos para los mayores, especialmente después de los recortes de 2008, que derivaron de:

- Exceso de estandarización y falta de cuidados individualizados en las instituciones de cuidados y las residencias de mayores.
- Falta de comunicación e información entre los trabajadores de los centros asistenciales.

Profundización de las causas sociales: individualismo e insolidaridad en el ámbito social, que han acompañado el proceso de envejecimiento social:

- Sociedad muy competitiva y poco solidaria.
- El cuidado ha sido expulsado a la marginalidad, lo que ha comportado pérdida de competencias del cuidado y falta de formación en los profesionales sociosanitarios.
- Las instituciones cuidadoras se enfocan como un negocio y no contemplan a los usuarios como individuos y ciudadanos con derechos.

Propuestas

- Profesionalizar más el cuidado.
- Integrar mejor el mundo social y el sanitario. Repensar el modelo de atención al envejecimiento para procurar que las personas mayores puedan ser atendidas en sus hogares (si así lo desean), y procurar que aumente el número y la calidad de los profesionales en las residencias. Integración mejor los equipos sociosanitarios con los equipos de atención primaria.

- Aumentar los recursos destinados a poder ser cuidado en el hogar y en el propio entorno.
- Obligar a la realización de un servicio social que incluya los servicios de cuidado.
- Fundamentar el modelo de cuidado en valores: atención centrada en la persona como un ser con dignidad.
- Establecer premios y sanciones (este aspecto genera dudas).
- Cuidar a quien cuida. Recursos para los cuidadores.

Grupo 3

Portavoz: Montserrat Montaña

Nuestro grupo contaba con la participación de personas de diversa formación y ámbitos de trabajo, que iban desde la Administración (Ayuntamiento de Barcelona) a la Universidad, pasando por organizaciones colegiales y centros hospitalarios.

Los ejemplos de buen cuidado aportados han sido también muy diversos:

- Poner en valor la tarea de cuidado dándole visibilidad y creando una cartera de servicios específica para los cuidadores; por ejemplo, una tarjeta específica o la posibilidad de identificar y ofrecer servicios, como libros a domicilio en las bibliotecas.
- Realizar un análisis y propuesta de modificación de un protocolo de atención a las personas *trans*, que, habiendo sido definido para promover el buen cuidado, incluye acciones que podrían considerarse de mal cuidado.
- En la Universitat de Barcelona existen diferentes iniciativas de buen cuidado, por ejemplo:
 - Se ofrece a la comunidad universitaria (alumnos, profesores, PAS...) una clínica psicológica para el cuidado de la salud mental.
 - Fundación Solidaridad UB, que desde el año 1996 desarrolla proyectos y programas de cooperación al desarrollo y promueve la cultura de la paz y la defensa de los derechos humanos.
 - Programa de conciliación con la vida familiar para los trabajadores.
 - Bolsa económica para ayudar a los trabajadores que pasan por un momento difícil.
 - Canales de comunicación que permiten a los trabajadores expresar nuevas necesidades.
 - Creación de la Comisión de Igualdad dentro de la Unidad de Sostenibilidad y Equidad, con vías específicas de comunicación con los estudiantes.
- Aplicación de la Dirección por Valores como herramienta de gestión para romper con la hegemonía del valor eficiencia en las instituciones sanitarias.

Los miembros del grupo aportaron múltiples iniciativas que consideraron generadoras de contexto de buen cuidado:

- Formación de las nuevas generaciones para capacitar el pensamiento crítico y el compromiso ético, a fin de poder cambiar el sistema con el que se encuentran en cuanto se incorporan a la vida profesional.
- Incentivar la escucha, la participación y la transversalidad a la hora de definir protocolos.
- En las revisiones de protocolos, escuchar, ampliar la reflexión a otras miradas fuera de la enfermería. Transversalidad, participación.
- Agencia integrada social y sanitaria para hacer frente al reto del envejecimiento.
- Redefinir el marco/contexto en el que se escucha.
- ¿Hay demasiados responsables? Dilución de la responsabilidad individual en el cuidado colectivo.

A la hora de identificar otros aspectos a tener en cuenta para la promoción del buen cuidado según el ámbito de cada participante, se propuso:

- Garantizar la finalidad de los colegios profesionales, que no es otra que el cuidado de las personas.
- Redefinir el código deontológico de manera que permita ampliar la responsabilidad del cuidado más allá de las personas.
- Potenciar el papel vertebrador de las instituciones para favorecer la coordinación de las diversas iniciativas que puedan existir.

Se han identificado diversas iniciativas que están en marcha, que se han considerado relevantes y que en la opinión del grupo incluyen el enfoque de este Seminario:

- Iniciativas de nueva gestión del tiempo/políticas del tiempo. La *Barcelona Time Use Initiative*: «poner los usos del tiempo en el centro de la toma de decisiones políticas, laborales y sociales». La Ley de Usos del Tiempo y racionalización horaria, iniciativa del Ministerio de Trabajo de España, que presentó en junio de 2023 el estudio de fundamentación coordinado por la *Time Use Initiative (TUI)*, en el que constata la necesidad de una regulación suficiente, transversal e integrada en una norma única que equilibre los usos del tiempo en España para que contribuyan directamente a mejorar la salud de las personas trabajadoras, la igualdad, la conciliación y la corresponsabilidad social, la productividad y la eficiencia de las empresas y organizaciones, así como la sostenibilidad medioambiental y social.
- *Xarxa pel dret a la cura*, una organización ciudadana que lucha por conseguir la transformación social y política necesarias para el reconocimiento del derecho al cuidado.
- Red de empresas para nuevos usos sociales del tiempo. Permite comprometer a las empresas en la transformación de la sociedad a partir del reconocimiento del

derecho al tiempo. La red *NUST* –Nuevos Usos Sociales del Tiempo– es una iniciativa creada en 2006 por el Ayuntamiento de Barcelona. La red trabaja para facilitar una mejor gestión del tiempo, así como conciliación y corresponsabilidad en la vida laboral, familiar, personal y social. Las medidas de conciliación y corresponsabilidad favorecen la productividad y generan un clima de confianza que beneficia tanto a la empresa y la organización como a quien trabaja en ella, al tiempo que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas. La red *NUST* se enmarca en el pacto del tiempo de Barcelona, un compromiso de ciudad por una organización del tiempo más saludable, igualitaria y eficiente.

- Salas de bienestar/espacios de bienestar para el cuidado en las empresas.

Grupo 4

Portavoz: Mercè Pérez

Tal como indiqué en la presentación de conclusiones, nuestro grupo produjo aportaciones que en bastantes casos no se situaban en la especificidad formulada en cada una de las 5 cuestiones. Las notas están ordenadas siguiendo el recorrido del grupo.

La cuestión 1 genera inicialmente aportaciones que se articulan en torno a la definición del buen cuidado (bc).

Se considera que el bc es variado; es decir, que hay variedad de miradas; no hay un fundamento entendido como conjunto de ideas, reconocido como tal y compartido. Se alude a la diversidad de centros, de especialidades, así como las diferencias según la posición, profesional o ciudadana. Otra visión plantea que la definición de cuidado incorpora valores; en este sentido, el bc expresa y produce valores. También se plantea el interés de incorporar la noción de cuidado social.

A continuación emergen aportaciones a la pregunta específica que enuncia la cuestión 1: el bc en las instituciones/puestos de trabajo. Se aportan observaciones referidas a dos entornos: el académico y el asistencial.

En el primero, la carrera académica se fundamenta y produce ausencia de buen cuidado, de hecho, el cuidado no es considerado como parte fundamental de la misma. La descripción de situaciones concretas en diferentes momentos del proceso doctoral u otros procesos, pone de manifiesto cómo incide el valor preeminente otorgado a los resultados cuantificados y el dominio de la burocratización.

En el entorno asistencial –CAP–, la sobrecarga de los profesionales es considerada como el factor que provoca que estos no proporcionen buen cuidado. Por otra parte, en las condiciones actuales el bc equivale a sacrificio: junto con la sobrecarga se mencionan la burocracia y la tensión.

Al hablar del entorno asistencial se presenta una experiencia aplicada en ese CAP favorable, facilitadora del bc: la incorporación de la siguiente pregunta a las reuniones de los profesionales asistenciales (no se detalla o no anoté la frecuencia): «¿Cuánta gente te ha irritado o con cuántas personas hubieses discutido si...»

→ *Esta aportación se relaciona con la cuestión 2.*

Para finalizar la cuestión 1, se presenta una experiencia de bc: la 6ª Convención Las Voces de las Personas Mayores, organizada por el Consell Assessor de les Persones Grans y el Ayuntamiento de Barcelona. Los elementos que se apuntan son: la creación de oportunidades variadas de participación a través de temas y métodos diversos, con el objetivo de favorecer la implicación de personas con pluralidad de intereses y experiencias vitales (superar la homogeneización); el énfasis en posicionar a las personas mayores como ciudadanos con capacidad de agencia; y la perspectiva de interrelación entre los diferentes grupos de edad, proyectada en cuestiones concretas como la emergencia climática.

→ *Esta aportación se relaciona también con la cuestión 5.*

En el tratamiento de la cuestión 2 el grupo se centra en el sistema sanitario: en primer lugar, subraya como obstáculo al bc la relevancia otorgada a la medición de resultados y a los procedimientos para la recogida de datos. A partir de la crítica a la demanda excesiva de datos se formula el interés por identificar y comprender el valor y la relevancia de los datos. En este sentido se recoge el valor de nociones tales como: uso correcto; exceso (evitar el exceso) y comprensión de sus diversas utilidades (por ejemplo, datos útiles en clave colectiva para avanzar en el conocimiento). Se señala críticamente la figura «profesionales de los datos» y se plantea que a menudo su lenguaje y la lógica subyacente se organizan en torno al control del gasto, con el fin de evitar que el gasto se dispare.

Desde la perspectiva del cuidado social, en el marco de la atención domiciliaria se presenta el avance asociado a que la cuidadora profesional que recoge los datos cotidianos conozca para qué lo hace y para quién.

En segundo lugar, se insiste en el peso negativo de la burocratización y la estandarización. Se menciona que hay mucha información y poca comunicación.

En el tratamiento de las cuestiones 3 y 4 surgen diferentes puntos:

- Avanzar en el bc reclama reconocer la diversidad, por ejemplo en el sistema sanitario: profesionales diversos, especialistas, profesionales de primera línea, información, recepción y atención al usuario. Se subraya la incidencia de la diversidad de culturas dentro y fuera del sistema de salud.
- Desarrollar instrumentos que faciliten la expresión de las personas, en la medida que son accesibles y están a su alcance.

- Avanzar en indicadores vinculados a la vida cotidiana de las personas, en los centros sanitarios y especialmente en su casa. Asimismo, se introduce la reflexión acerca de la función de los indicadores en la planificación, y su utilidad para favorecer o no el bc, frente a un interés de su uso en términos de la continuidad de rutinas.
- Trasladar la toma de decisiones al espacio (entorno/estructura) en el que se produce el cuidado. En este aspecto se introduce la reflexión sobre las relaciones de poder y la percepción-fantasía de mayor garantía de control.
- La reflexión final: para avanzar en la ética del cuidado es imprescindible la formación de los profesionales conectando con la visión del ciclo de vida, la perspectiva intergeneracional y el papel de la comunidad.

Capítulo 5

Aportación adicional de expertos

- 5.1 **Rosamaría Alberdi.** *La voz de las mujeres. Género, cuidados y autoridad. Una reflexión sobre la voz profesional enfermera*
- 5.2 **David Cámara.** *Desafíos éticos y políticos en el cuidado*
- 5.3 **Carme Casas.** *Las competencias éticas como protectoras de nuestra salud individual y colectiva*
- 5.4 **Oriol Farrés.** *Ni Estado ni mercado: ¡Cuidado!*
- 5.5 **Màrius Morlans.** *Del cuidado y la justicia*
- 5.6 **Maribel Pasarín.** *El cuidado comunitario como contribución al bienestar, unos apuntes iniciales*
- 5.7 **Ixchel Pérez-Durán.** *La gobernanza de las instituciones y de las políticas de cuidado a personas mayores*
- 5.8 **Rosa Rifá.** *Lenguaje enfermero para la aplicación de políticas de visibilización y mejora del cuidado*

5.1 La voz de las mujeres. Género, cuidados y autoridad. Una reflexión sobre la voz profesional enfermera

Rosamaría Alberdi*

Introducción

El presente texto tiene su origen en mi participación en la mesa redonda sobre «Género y salud», del XXI Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España, celebrado en Palma en octubre de 2023. Para esta publicación he ampliado el análisis original, centrado en la voz profesional de las matronas, a la voz profesional de las enfermeras.

El contenido del mismo es el producto de una mirada enfermera apasionada por el cuidado y muy interesada por la cuestión del género y su influencia en el desarrollo de la profesión enfermera. Además, y como su título indica, constituye una reflexión sobre la autoridad que tiene actualmente la voz profesional enfermera. Precisamente, su orientación y objetivo son las razones fundamentales que me han llevado a proponer su inclusión en el libro que recoge los trabajos del Seminario *Qué políticas para qué cuidados. Ética del cuidado, justicia, retos y controversias en la acción*. Dicho seminario estaba enfocado a analizar, entre otros temas, la cuestión sobre cómo se expresa el cuidado en los diferentes contextos, teniendo en cuenta aspectos sustanciales como el lenguaje profesional y la invisibilidad del cuidado. Por eso he confiado en que incluir esta reflexión, centrada en el análisis de la autoridad de la voz profesional enfermera y los obstáculos para su desarrollo, puede contribuir a ampliar el campo de análisis y colaborar a la obtención de mejores conclusiones.

Otro tema que considero de la mayor trascendencia es nombrar los diferentes aspectos que influyen en el cuidado y la aportación enfermera al mismo, y hacerlo correctamente.

* Rosamaría Alberdi Castell es enfermera y psicóloga, y ha ejercido la enseñanza de la enfermería durante casi toda su vida profesional, habiendo impartido docencia sobre ética y gestión sanitaria, especialmente. Es autora de numerosas publicaciones y capítulos de libros, que pueden ser consultados en <https://www.rosamariaalberdi.com>. Actualmente es profesora emérita en la Facultad de Enfermería de la Universidad de las Illes Balears y participa activamente en enseñanzas de postgrado y en Congresos y foros profesionales. Perteneció al Comité de Ética Asistencial de las Illes Balears, a la Comisión Deontológica del Col·legi d'Infermeres i Infermers de las Illes Balears y al Grupo 40+ iniciativa enfermera. Está vinculada al Grupo de Investigación Crítica Cualitativa en salud (GICS-UIB) y es Doctora Honoris Causa por la Universidad de Murcia (España, 2016) y de la República (Uruguay, 2024).

Precisamente por este interés, al empezar a considerar el título de este texto pensé en primer lugar en utilizar el término «femenino» porque, en realidad, de lo que quiero hablar es de la autoridad de la voz de lo femenino, pero en este momento de confusión deliberada entre los términos de sexo y género me decidí por incluir, en todas partes, la palabra «mujeres». También dudé en el orden de las palabras «autoridad y cuidados» y me decidí por «cuidados y autoridad», dando más importancia a los cuidados, aunque la autoridad los lleva condicionando históricamente y parece que incluso prehistóricamente.

Lo decidí así porque la reflexión que presento trata sobre la incoherencia entre la responsabilidad (sobre los cuidados) que se atribuye a las mujeres y sobre cómo los estereotipos de género han negado y vienen negándoles la autoridad de su voz.

Las formas que puede adoptar el ejercicio de la autoridad son múltiples, pero en este texto me centraré en la autoridad de la voz profesional, que es la que sustenta, y muchas veces transmite, los cuidados que prestan las enfermeras.

Teniendo en cuenta mi posición, actualmente alejada de la práctica clínica, he centrado esta reflexión en hablar sobre cómo actúa el género en la invisibilización de la voz de las mujeres, para que las enfermeras puedan analizar en qué situación se halla su voz profesional, y si tiene suficiente autoridad.

Para facilitar ese análisis, propongo tres preguntas:

- ¿Qué pasa en el acompañamiento de las personas en sus procesos de salud y enfermedad que realizan las enfermeras cuando su voz profesional está presente?
- Por el contrario ¿qué pasa en los procesos que viven las personas a quienes cuidan cuando la autoridad de su voz profesional enfermera no es reconocida o no está lo suficientemente presente?
- Y por último, ¿podría pasar algo mejor gracias a dicha voz profesional, para las personas y sus cuidados, o incluso, yendo más allá, para el conjunto de la sociedad?

Planteadas las preguntas que constituyen la base de la reflexión, este artículo se desarrolla en tres partes. En primer lugar, trataré sobre los conceptos que utilizo. Luego, repasaré los mecanismos que han venido quitando y quitan autoridad a la voz de las mujeres y, por supuesto, a las profesiones feminizadas. Y en tercer lugar, apuntaré algunas ideas que espero ayuden a contestar a las preguntas que he planteado.

A lo largo de esta intervención voy a ir citando a varias de las autoras en las que me sostengo, pero es necesario que nombre como referente especial a Mery Beard¹ (2018). Ella, como historiadora clásica, ha estudiado y estudia el sustento teórico del patriarcado que se da en la Grecia clásica y que Roma, encantada, hereda.

Ella es mi referente porque, aunque sé que el patriarcado es universal, creo que la lucha contra el mismo debe hacerse desde cada contexto cultural, y el que estudia la profesora Beard es del que provenimos.

Definiendo conceptos. Conceptualizar es politizar

Tal como he anunciado, voy a dedicar un breve espacio de tiempo a aclarar los conceptos básicos que se utilizan en este texto. En primer lugar, porque ponerse de acuerdo con el significado de los términos es una premisa básica de la comunicación, y en segundo lugar porque comparto plenamente la idea de Celia Amorós de que «conceptualizar es politizar» (2021) o, más sencillamente: el significado de los conceptos que utilizamos tiene efectos sobre la realidad que se pretende conocer y transformar. Yo me centraré en dos de dichos conceptos: género y autoridad.

A pesar de la ya citada confusión conceptual que actualmente está orquestada alrededor de los conceptos de sexo y género, en este texto no me pararé a definir qué es el sexo porque considero que las personas a quienes va dirigido ya saben bien lo que es el sexo, e igualmente las libro de la duda de que confundan, aunque sea intencionadamente, sexo y género.

En cuanto al género, voy a utilizar la definición que hace Silvia Cano,² partiendo de la surgida de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, en 1995. Dice Cano «género son las diferencias construidas social y culturalmente entre hombres y mujeres a lo largo de la historia. A través del género se hacen patentes las relaciones de asimetría y desigualdad entre hombres y mujeres, que no son fruto de la biología, sino de las relaciones de poder». El género, añado yo para resumir, es el principal método de opresión de las mujeres que utiliza el patriarcado de todos los tiempos.

Para aclarar el concepto de autoridad, inicialmente busqué en dos diccionarios clásicos (el del Uso del Español de María Moliner (1983)³ y el de la Real Academia de la Lengua),⁴ interesándome las definiciones que incluyen porque todas hacen referencia a «prestigio» y «crédito», que creo que son partes fundamentales de la autoridad que debe poseer la voz profesional.

Pero un concepto de autoridad centrado en el prestigio y el reconocimiento se queda corto, porque estamos hablando de la autoridad de la voz del grupo profesional de las enfermeras, que concretan su aportación a través de la relación directa que establecen con las personas que cuidan.

Profundizando sobre el tema encontré el concepto de «autoridad relacional» y me pareció el más adecuado. José Contreras (2002) lo explica diciendo que la autoridad para hablar viene del reconocimiento que se concede a quien habla, y esa credibilidad que se le da, ese reconocimiento, le «autoriza» a tener un tiempo para hablar. «Pero para que ese hablar me confirme en mi autoridad, no me la haga perder», dice también Contreras, «no debe ser un acto superfluo, sino un tiempo que uso para decir *mi propio pensar, para exponerme... para decir algo de verdad, algo de mi verdad*».

Resumiendo, y para aclarar: en este texto utilizo el término «autoridad relacional» para referirme a aquella autoridad que las personas que atendemos están dispuestas a darnos, y a la que nosotros respondemos con el cuidado.

Expuestas las definiciones y las ideas sobre cómo se construye la autoridad, paso a repasar los mecanismos que han venido utilizándose para desvalorizar la voz de las mujeres.

Quitar autoridad a la voz de las mujeres: viene de lejos, es intencionado y perdura

Puede que cuando empiece el repaso de los mecanismos de desautorización, parezca que estos ya no se dan en el contexto profesional en el que actualmente desarrollan su trabajo las enfermeras, y ojalá fuera cierto.

Pero, en este sentido de la actualidad de los estereotipos, comparto la opinión de Almudena Hernando,⁵ quien considera que, en estos momentos en los que el tecnocapitalismo⁶ determina nuestra construcción como sujetos, «las dinámicas patriarcales están más vivas que nunca».

Precisamente, teniendo en cuenta estas posibles perspectivas vale la pena recordar que el objetivo del repaso de los mecanismos de desautorización de la voz femenina es contribuir a que cada enfermera (y, por qué no, cada mujer sanitaria) pueda valorar si, ahora mismo y en su entorno, su voz profesional se silencia o desautoriza de algún modo.

El primero de los tres mecanismos más importantes de silenciamiento de la voz de las mujeres que se viene dando desde la época clásica es la sordera. Lo explicaré con las palabras de Mery Beard (2018: 19), quien nos recuerda que en el principio de nuestra cultura, los hombres, al llegar a la edad adulta, debían «aprender a controlar las expresiones en público de las hembras de la especie, y especialmente hacerlas callar». Naturalmente, eso ahora ya no es así, pero creo que ese mandato patriarcal ha dejado una especie de sordera en muchos hombres que tienen dificultad para escuchar lo que dicen las mujeres. A esa sordera la llamamos, ahora, «mansplaining».⁷

El segundo mecanismo que ha venido desautorizando la voz de las mujeres ha sido atribuirles que «son quejicas, protestonas». Y claro ¿quién hace caso a las que siempre se quejan?

Y, por último, el tercer mecanismo que voy a mencionar como desautorizador del discurso de las mujeres es la amenaza del miedo: cuidado con la voz de las mujeres porque subvierte el orden que nos interesa mantener (Beard, 2018, p. 15). En este punto parece oportuno preguntar si se puede reconocer algún ejemplo en el que se haya utilizado el miedo para desautorizar la voz profesional enfermera. Estoy segura de que, en este sentido, a nadie se le escapa que, en la dificultad para el desarrollo de la prescripción enfermera, este ha sido uno de los mecanismos de desautorización utilizados.

Como decía, aunque todo puede parecer lejano y pasado, creo sinceramente que esos mecanismos de desvalorización de la voz de las mujeres aún actúan sobre el pensamiento social que define quién puede tomar la voz en público y a qué discurso se le da un espacio para ser escuchado.

Al terminar este apartado vale la pena recordar que el objetivo del repaso realizado era facilitar que se pueda valorar si, de una forma u otra (con descaro «mansplainero» o a través de los imperceptibles micromachismos), las enfermeras sienten que se desvaloriza la autoridad de su voz profesional en cualquiera de sus ámbitos de trabajo.

Si eso ocurre, lo más importante (aún antes de elaborar cualquier estrategia de lucha o cambio), es que lo lleven a la conciencia, que no lo excluyan ni lo normalicen. Reconocerlo es el mejor método para que no se desautoricen y puedan elaborar las estrategias necesarias.

Precisamente, confiando en ayudar en la elaboración de esas indispensables estrategias, finalizo con:

Unas ideas para reafirmar la indispensable autoridad de la voz de las enfermeras

El objetivo de este texto es aportar algunas ideas para que las enfermeras puedan analizar cómo está la autoridad de su voz profesional. Para facilitar dicho análisis he propuesto tres preguntas. A modo de conclusión, voy a volver a esas tres preguntas, atreviéndome a apuntar algunas respuestas.

En relación a la primera pregunta (*¿qué pasa en el proceso de acompañamiento de las mujeres que realizan las enfermeras cuando su voz profesional está presente?*), a mi modo de ver, las enfermeras, a través de su «autoridad relacional», acompañan a que pase del mejor modo aquello natural que asegura la vida (alimentarse, respirar, relacionarse con los demás, desarrollar la espiritualidad, por poner solo unos ejemplos) y ayudan a que sea así también, cuando no sucede por sí solo. Su autoridad relacional, vale la pena recordarlo, se origina en la confianza de aquellas y aquellos que depositan en las enfermeras su necesidad, y se reafirma en cada acto de cuidado que responde a la misma.

Para ayudar a contestar a la segunda pregunta, relacionada con *las dificultades a las que se enfrentan las personas a quienes cuidan cuando la autoridad de la voz profesional enfermera no es reconocida o no está lo suficientemente presente*, he hablado de algunos de los mecanismos del estereotipo de género que siguen vigentes (*mansplaining*, micromachismos, reprivatización), proponiendo que, si ocurren actualmente, se reconozcan y no se normalicen, evitando la propia desautorización al soportarlos.

En cuanto a la tercera pregunta (*¿podría pasar algo mejor gracias a la autorizada voz profesional enfermera, para las personas y sus cuidados, o incluso, yendo más allá, para el conjunto de la sociedad?*), respondo con un Sí rotundo...

Y convierto ese Sí convencido en una invitación a abrir aún más el abanico de responsabilidad profesional de las enfermeras, para que su voz llegue al conjunto de la sociedad y especialmente alcance, estén donde estén, a las personas en situación de mayor vulnerabilidad, que, sin duda, las necesitan.

Notas

1. Las referencias bibliográficas de la doctora Mery Beard son variadas, pero yo me he centrado especialmente en el texto «Mujer y Poder. Un manifiesto». Editorial Crítica. 2018.
2. Cano Silvia. Orgullosamente machistas. 8 de julio de 2023. Tribuna. Diario de Mallorca. Disponible en: <https://www.diariodemallorca.es/opinion/2023/07/07/orgullosamente-machistas-89613666.html>
3. María Moliner. Diccionario de uso del español. Tomo I. 1983. Editorial Gredos. Madrid.
4. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española (DLE). Edición del tricentenario. Disponible on line: <https://dle.rae.es/consulta>
5. Citada por Octavio Salazar. La contradicción de lo que somos. Disponible en: <https://traficantes.net/resena/la-contradicci%C3%B3n-de-lo-que-somos>. Consultado el 2 de abril de 2024.
6. Wikipedia: Tecnocapitalismo (Una combinación de la palabra «tecnología» y «capitalismo») se refiere a los cambios en el capitalismo asociados a la aparición de nuevos sectores de tecnología, el poder de las corporaciones, y nuevas formas de organización.
7. *Mansplaining*: situación en la que un hombre explica a una mujer algo que ella en realidad ya entiende o conoce, de forma condescendiente y paternalista y presuponiendo de forma injustificada que la desconoce. Ver más información en: <https://www.uoc.edu/es/news/2023/074-mansplaining#:~:text=Mansplaining%3A%20situaci%C3%B3n%20en%20la%20que,forma%20injustificada%20que%20la%20desconoce>. Consultado el 1 de abril de 2024.

Bibliografía

Amoros, C. (2021). Conceptualizar es politizar: Máster Malos tratos y violencia de género. Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED[Apunts acadèmics] <https://www.copclm.com/wp-content/uploads/2021/04/Conceptualizar-es-politizar-Master-en-malos-tratos-y-VG-UNED.pdf>

- Beard, M. (2018). *Mujer y Poder. Un manifiesto*. Crítica.
- Cano, S. (8 de julio de 2023). Orgullosamente machistas. *Tribuna. Diario de Mallorca*. <https://www.diariodemallorca.es/opinion/2023/07/07/orgullosamente-machistas-89613666.html>
- Contreras, J. (27 de mayo de 2002). La didáctica y la autorización del profesorado. *XI ENDIPE- Encontro Nacional de Didáctica e Prática de Ensino*. Brasil: Goiânia- Goiás. https://www.researchgate.net/publication/335224366_LA_DIDACTICA_Y_LA_AUTORIZACION_DEL_PROFESORADO
- Moliner, M. (1983). *Diccionario de uso del español*. (Tomo I). Gredos.
- Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española (DLE)* (Edición del tricentenario). <https://dle.rae.es/consulta>

5.2 Desafíos éticos y políticos en el cuidado

David Cámara*

Resumen

El cuidado plantea desafíos éticos en la esfera política. La ética del cuidado, centrada en relaciones interpersonales, choca con sistemas políticos que no siempre la priorizan. Es fundamental que las políticas promuevan valores como la responsabilidad, el compromiso y la justicia. Estas políticas son esenciales para garantizar la accesibilidad, la calidad y la equidad de cuidados.

Introducción

El cuidado, como núcleo fundamental de la actividad humana (Ruddick, 1989), plantea una serie de desafíos éticos que requieren de un análisis profundo en el ámbito político. La ética del cuidado, con su enfoque centrado en las relaciones interpersonales, confronta a menudo con sistemas políticos y económicos que no siempre priorizan estas perspectivas.

* David Cámara Liebana (Blanes, 1978), actualmente es profesor Lector en el Departamento de Enfermería de la Universitat de Girona (UdG). Graduado en enfermería en 2001 (UdG), Máster en Promoción de la Salud (UdG, 2011), posgrado en sexualidad humana (UdG, 2021), Experto Universitario en Bioética clínica asistencial por el Instituto Borja de Bioética (Universidad Ramón Llull, 2021) y doctor por la Universitat de Girona (2020).

Desde 2016 hasta la actualidad es el responsable de la asignatura *Ética y legislación en atención de enfermería* en el grado en enfermería de la UdG. También imparte docencia vinculada con la ética y la bioética en enfermería en la asignatura *Bases del conocimiento enfermero* de primer curso de grado, en el «Máster de atención integral enfermera a la persona en estado crítico» del que también es el coordinador, y en varios cursos de posgrado. Es miembro del Equipo de Investigación, Infancia, Derechos de la Infancia y su Calidad de Vida, reconocido por la Generalitat de Catalunya (2017 SGR, 162).

Es vocal del Comité de Ética Asistencial del Hospital Santa Caterina y coautor del *Manual de ética institucional del Instituto de Asistencia Sanitaria*, donde desarrolló su trayectoria profesional desde 2001 hasta 2021 en las áreas de cuidados paliativos, traumatología y urgencias principalmente.

Es miembro vocal del Comité de Ética de Investigación Clínica con medicamentos (CEIm) de Girona desde el año 2016 y presidente de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Girona (COIGI) desde el año 2022.

Son varias las cuestiones o factores que dificultan impregnar en la cultura del cuidado. La ética del cuidado debe ser la base imprescindible para la implementación de políticas que tengan en sus cimientos valores como la responsabilidad y la justicia.

Las políticas de cuidado son fundamentales (Engester, 2007) para garantizar, a través de los valores que promueve la ética del cuidado, la accesibilidad, la calidad y la equidad en la provisión de cuidados centrados en las relaciones interpersonales, la compasión y la consideración de las necesidades específicas de las personas y las comunidades para proporcionar cuidados de calidad.

Estas políticas son cruciales para desarrollar un sistema de prestación de cuidados centrado en las personas y transformar los sistemas de salud hacia un enfoque ético que priorice la dignidad y el bienestar de las personas.

Retos en las políticas de cuidado

La implementación efectiva de las políticas de cuidado se enfrenta a desafíos importantes para satisfacer las expectativas de cuidado de las personas en las que se deben incluir las necesidades emocionales y sociales.

Los recursos limitados, la repartición deficiente o mal gestionada, junto con la centralización de los servicios sociales y de salud, la diferencia en la asignación de la cartera de servicios y las desigualdades socioeconómicas dificultan la provisión de cuidados de calidad y limitan el acceso a aquellos y aquellas que los necesitan.

Por otro lado, la sociedad está inmersa en un profundo cambio de valores y prioridades. Algunos de estos cambios están siendo positivos y posicionados con la lucha hacia una sociedad más justa, responsable e igualitaria. Se trata de valores defendidos por la ética del cuidado, que debemos exigir e incluir en las políticas.

Por ejemplo, cada vez hay mayor preocupación y protección hacia el medio ambiente, con prácticas más sostenibles, que intentan reducir el impacto ambiental y hacer un ejercicio de responsabilidad, sobre todo, para las generaciones futuras. Estamos alejándonos, lentamente, de un modelo partenarista y biológico, o eso entendemos, de atención en salud, dando más visibilidad e importancia a la salud mental y el bienestar emocional.

Pero el cambio de valores sociales también está llevando a un retroceso en algunos aspectos a tener en cuenta para incluir en el cuidado y en las políticas.

Valoramos cada vez más las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y esto ha llevado a cambios en el modo en que las personas se relacionan entre sí. Existe mayor dependencia tecnológica y esto ha hecho transformar las relaciones interpersonales, llevándonos a una sociedad más individualista que se esconde detrás de las pantallas

y que hace replantearse cómo estar más conectados y conectadas. Con un acceso ilimitado a la información, nos hace estar más solos y solas.

Se está observando un retroceso y pérdida de derechos respecto a la diversidad sexual y a las diferentes identidades de género, por lo que se deben seguir haciendo esfuerzos en inclusión. Existe una barrera en las políticas de cuidado debido a la falta de consideración y reconocimientos de necesidades específicas que tienen que ver fundamentalmente con las experiencias de discriminación que viven algunas de estas personas (Rodzinka, Pawlega, 2020; Zeeman *et al.*, 2019). Las políticas de cuidado suelen estar influenciadas por modelos heterosexistas y binarios que excluyen a las personas sexo-género disidentes y puede llevar a una falta de acceso a servicios de cuidado adecuados, sexo-género-sensibles, y a infrautilizar estos servicios (Bell *et al.*, 2019); los proveedores y proveedoras de cuidado necesitan estar capacitados para las necesidades de las personas sexo-género disidentes y deben ser responsables, desde su responsabilidad y compromiso profesional, a estar formados y formadas para prestar cuidados individualizados, no estereotipados y de igual calidad que el resto de la población.

Otro reto pendiente que debe incluirse en las políticas de cuidado es, sin duda, la identidad de las enfermeras, cuyo objetivo en el sí de su profesión es el de prestar cuidados a lo largo de la historia de vida de las personas.

La identidad profesional, en el contexto del cuidado, es un concepto multidimensional que incluye valores, creencias, habilidades, experiencias y compromiso ético, que implica una profunda conexión personal y emocional con la responsabilidad hacia el cuidado de los otros, y en el que también se mezclan factores sociales, el prestigio de la profesión y el reconocimiento profesional (Caballero, 2009).

Se necesitan políticas que aboguen por varios aspectos que insten a mejorar la identidad profesional de las enfermeras y que mejoren sustancialmente la garantía y la calidad del cuidado en todos los sectores de la población:

- Liderazgo, en el que las enfermeras asuman roles y posiciones en cargos directivos en la toma de decisiones.
- Nuevas estrategias en la formación de grado y posgrado, que fomenten en profundidad y de manera transversal la responsabilidad, la dignidad y la compasión como valores inherentes de la profesión, basados en la ética del cuidado.
- Reconocimiento profesional del papel de las enfermeras en el sistema socio sanitario y disminución de las cargas de trabajo y reconocimiento de las especialidades.
- Detección y prevención del desgaste profesional y la angustia moral de las enfermeras, implementando estrategias institucionales para evitar la fuga y el abandono de la profesión.
- Educar a la comunidad en la importancia y la visibilización del cuidado y de las enfermeras como referentes.

Conclusiones

La ética del cuidado, pese a su relevancia en el bienestar colectivo, choca con sistemas políticos que no le otorgan prioridad. Los impedimentos culturales y políticos dificultan su implementación, a pesar de su necesidad como base para políticas responsables y justas.

Aunque las políticas de cuidado buscan asegurar accesibilidad y calidad, se enfrentan a obstáculos como recursos limitados y desigualdades socioeconómicas, afectando el acceso equitativo a los servicios necesarios. La sociedad, inmersa en transformaciones positivas hacia una mayor igualdad, se encuentra también con desafíos, como la creciente dependencia tecnológica que altera las relaciones humanas y puede generar distanciamiento.

El retroceso en derechos de las personas sexo-género diversas plantea otro desafío que debe incluirse en las políticas de cuidado, evidenciando la necesidad de abordar estas inequidades.

Por último, la mejora de la identidad profesional de las enfermeras emerge como un elemento crucial. El fortalecimiento de su liderazgo, su formación de grado y posgrado y su reconocimiento profesional y social son esenciales para garantizar cuidados de calidad, promoviendo así una atención integral y equitativa para toda la población. Estos desafíos y reflexiones apuntan a la necesidad de políticas inclusivas, éticas y justas que prioricen el cuidado y consideren las complejidades de la sociedad contemporánea.

Bibliografía

- Bell, L.M., Brennan-Cook, J., Sisson, J., Steigerwald, M., Cook, C., Cicero, E., & Cary, M.P. (2019). Learning about culturally humble care of sexual and gender minority patients. *Teaching and Learning in Nursing*, 14, 216-218. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2019.04.006>
- Caballero, K. (2009). *Construcción y desarrollo de la identidad del profesorado universitario*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada] <http://hdl.handle.net/10481/2200>
- Engster, D. (2007). *The Heart of Justice: Care Ethics and Political Theory*. Oxford University Press.
- Rodzinka, M., Pawłęga, M. (2020). *Open doors: And LGTBI guide*. Universitat de Girona.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*. Beacon.
- Zeeman, L., Dias, S.K.B., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R.B., Sanchez-Lambert, J., Aujean, S., Pinto, N., Farinella, F., DonisiNiedzwiedzka-Stadnik, M., Rosińska, M., Pierson, A. y Amaddeo, F. (2019). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*. 29(5), 974-980. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>

5.3 Las competencias éticas como protectoras de nuestra salud individual y colectiva

Carme Casas*

En el sí del Comité de Ética Asistencial (CEA) al que pertenezco, tenemos la impresión de que, desde hace unos años, la erosión ética de los profesionales vinculados al cuidado de las personas cada vez tiene lugar más al inicio de su vida laboral. En paralelo, el sentido de la profesión va mermando ante el complejo entramado de variables y exigencias administrativas que se deben llevar a cabo durante el proceso de atención a un paciente.

Nadie se sorprende hoy ante la elevada y sostenida presión asistencial que lleva años tensionando nuestro sistema público de salud; tampoco de la creciente falta de profesionales para adecuar las ratios de atención, ni del exceso de burocracia que la administración ha establecido de manera rígida y a veces absurda y que en ocasiones convierte la atención a las personas en meros trámites, alejados de sus necesidades, debido a la demora que muchos de ellos conllevan.

Un malestar latente se manifestaba hace unos meses en la rotunda afirmación de una residente de medicina: *amo mi profesión, pero odio mi trabajo. Me he esforzado mucho hasta llegar aquí. No es justo*. Lo expresó con una mezcla de dolor, de rabia y de frustración. Esa confesión –en el contexto de una formación que ofrecemos desde el CEA– contenía una pregunta nuclear; ¿podemos cuidar sin sentirnos cuidados?

Si ampliamos la perspectiva podemos constatar cómo, a lo largo de los últimos años, «la lógica de mercado se ha apropiado del cuidado» (The Care Collective, 2021). En paralelo a «la imparable tendencia de los sistemas sanitarios del mundo hacia una industrialización a expensas del cuidado» (Montori, 2022). Una de las múltiples y graves conse-

* Carme Casas Martínez es trabajadora social en Cuidados Paliativos domiciliarios desde 1992 y Postgrado en Bioética en el Institut Borja de Bioética en el 2001. Actualmente es trabajadora social del programa de atención domiciliaria –PADES– del Consorci Sanitari de Terrassa –CST– y presidenta del Comité de Ética Asistencial de la misma entidad. Ha participado como docente en diferentes ediciones del Postgrado en Atención Psicosocial y espiritual a personas en situación de enfermedad avanzada de la Universitat de Vic/Universitat de la Catalunya Central (UVic/UCC) y en el Máster Universitario en Atención Paliativa a personas con enfermedades avanzadas (UVic/UCC). Formó parte del Comité Científico de la Fundación Oncolliga durante más de 10 años y vinculada al Colectivo de Trabajo Social de Terrassa.

cuencias de esta deriva nos remite a las llamadas «patologías del cuidado que incluyen la prisa asistencial, el paciente como ente borroso, el tratamiento genérico y pesado, y la crueldad» (Montori, 2022). ¿Estamos transformando el cuidado en un producto que necesita su propia cadena de producción y rendimiento? No resulta difícil entender el alto riesgo de malestar crónico presente hoy en gran número de profesionales vinculados al cuidado.

Es evidente que un escenario como este no permite disponer de tiempo para pensar ni, por supuesto, para reflexionar en profundidad sobre aquello que hacemos ni cómo lo hacemos. Ese distanciamiento, propio de la reflexión, la inercia y un cierto automatismo, impera en la toma de decisiones e impide disponer de una mirada crítica respecto a la atención que prestamos. Distráidos, confusos, dispersos, cansados, irritables, distantes, decaídos, son múltiples las formas en que el malestar profesional se manifiesta en los profesionales y no resulta sencillo identificar que una parte de él tiene un origen común y sistémico.

Ante lo expuesto, se desprenden algunas cuestiones: ¿qué relación mantiene el cuidado que recibimos los profesionales con el cuidado que ofrecemos? ¿Estamos enfermando los profesionales vinculados al cuidado de las personas? ¿Es un enfermar únicamente de carácter físico y/o psicológico o podemos hablar de un estado enfermizo también a nivel ético? Si es así, ¿es el reflejo de unas precarias políticas de cuidados?

El malestar profesional como premisa de compromiso ético: cuidar, cuidarnos y sentirnos cuidados.

No es necesario describir la experiencia que la pandemia supuso a nivel humano. Tampoco el impacto que generó en los profesionales vinculados al cuidado, en cualquier centro de salud en el que nos encontráramos. Desde esa experiencia compartida, nos planteamos CEA, la urgente necesidad de situar la ética del cuidado en el núcleo de nuestra reflexión y nuestro hacer. Dicho propósito nos llevó a contemplar el malestar de los profesionales como una variable imprescindible en todas nuestras propuestas, acompañándolas de las siguientes preguntas: ¿podemos disminuir dicho malestar?, ¿podemos incidir en él a través de las competencias éticas? ¿podemos contribuir a construir sentido profesional? Después de situar esta circunstancia común en el orden del día de casi todas nuestras reuniones, teníamos claro que no podíamos dejar de intentarlo.

Recuperamos una idea de Daniel Innerarity: «cualquier oportunidad de cambio se halla en una verdadera preocupación por todo aquello que tenemos en común» (Innerarity, 2020) y nos planteamos el cuidado como punto de partida y destino a la vez. Empezamos a buscar diferentes caminos para transitarlo, para intentar dar forma a nuestra responsabilidad respecto la «necesidad de repensar la relacionalidad ética inherente a la inevitable interdependencia que nos une los unos a los otros» (Butler, 2022) –profesionales, pacientes, familiares–, sin perder de vista el cuidado como lugar común a habitar. Si miramos hacia atrás, podemos decir que llevamos años intentando convertir nuestras propuestas

en una categoría reflexiva, «con toda su carga de incertidumbre y contingencia, con la intención de generar horizontes de pensamiento y acción colectivos» (Innerarity, 2020) en el sí de nuestra organización.

Desde esa perspectiva, planteamos las competencias éticas como protectoras de nuestra salud individual y colectiva, proponiendo la formación ética como fundamento del cuidado, y el cuidado como fundamento de nuestra salud.

Planteamos una formación que nos sostenga como profesionales, que aporte sentido a nuestro día a día asistencial, que aporte elementos para entender qué nos pasa, que nos facilite compartir experiencias profesionales y reconocer nuestro malestar. Una formación que fortalezca nuestra resiliencia y nos permita adquirir o mejorar nuestras competencias emocionales, relacionales y éticas, a la vez que nos permita compartir conocimiento y generar aprendizaje colectivo. Una formación que contemple tres ejes fundamentales y complementarios:

- el eje asistencial, centrado en el proceso de toma de decisiones/deliberación,
- el eje cognitivo, que plantea tensiones conceptuales que debemos identificar para entender desde qué marco conceptual cuidamos,
- el eje relacional/emocional, que nos conecta con la persona que atendemos y, por ende, nos conecta a nosotros mismos –durante la pandemia, la muerte y el duelo pusieron de manifiesto la necesidad de esta dimensión implícita en nuestras profesiones y vinculada a todos los procesos de pérdida que vivimos a diario por el hecho de dedicarnos al cuidado de las personas–. La pandemia nos situó en simetría humana con la persona que atendíamos, una de las circunstancias que habitualmente no suelen darse de manera tan evidente y trágica.

Planteamos la formación como condición de posibilidad para poner en práctica nuestro potencial de inteligencia colectiva. Nos hemos propuesto organizar formaciones conjuntas con cualquier profesional o servicio que nos plantee una consulta o duda o un acercamiento o reflexión. Fruto de ello se ha creado un espacio de reflexión ética en salud mental vinculado al CEA, a la vez que una línea de trabajo con profesionales de urgencias y trabajo social. Estos nuevos espacios conectan con la transversalidad que requiere gran parte de la atención a las necesidades de los llamados pacientes complejos. Este trabajo supone un acercamiento mutuo que permite radiografiar el malestar profesional y objetivar una parte de él con la intención de poder incidir.

Planteamos que una forma indirecta de formación consiste en identificar buenas prácticas de cuidado y explicitar que lo son. Vamos incorporando consideraciones éticas en protocolos clínicos, lo que implica vincular conceptos éticos a guías técnicas o procedimentales. Ello supone incorporar lenguaje ético, lenguaje vinculado al cuidado, que podrá ser accesible a múltiples profesionales cada vez que consulten dicha documentación como parte de la atención al paciente.

Planteamos una formación ética para los profesionales residentes que incluye también el ofrecimiento a que formen parte del CEA como un valor añadido a nuestro comité. Una mirada que incorpora interrogantes necesarios sobre qué hacemos y cómo lo hacemos.

Planteamos la formación incorporando un módulo de ética organizativa en el itinerario formativo de los mandos intermedios de nuestra organización, entendiendo que las decisiones organizativas están en clara relación con el cuidado hacia los profesionales y a la calidad del cuidado que ofrecemos.

Planteamos la formación desde la ética del cuidado, entendiendo que esta pone de relieve las relaciones y las responsabilidades de todos los que estamos entrelazados a través del cuidado a las personas en un centro de salud.

Estamos convencidos de que cuantos más profesionales con competencias éticas haya en un equipo, en un servicio, en un centro de salud, de más factores de protección personal y colectiva dispondrá ese equipo, ese servicio y ese centro de salud.

Nos planteamos que nuestras propuestas muestren la interesante y profunda conexión que Marian Barnes propone entre el buen cuidado, la justicia y las relaciones que nos unen. La justicia, nos recuerda, necesita del cuidado o, dicho de otra forma, sin cuidado no hay justicia. Barnes plantea, de manera revolucionaria, que la justicia requiere crear las condiciones necesaria en las que las relaciones se puedan sostener (Barnes, 2022).

No podemos dejar de intentarlo.

Bibliografía

- Barnes, M. (2022). La necesidad del cuidado para la justicia: reflexiones sobre la ética del cuidado para los profesionales de la salud. En Domínguez-Alcón, C., Busquets, M., Cuxart, N., Ramió, A. *Compromiso con el cuidado y la ética del cuidado. Desarrollo teórico y aplicación práctica*. (p. 14-37). Fundació Víctor Grifols i Lucas.
- Butler, J. (2022). ¿Qué mundo es este? Arcadia.
- Innerarity, D. (2020). Una teoría de la democracia compleja. Galaxia Gutenberg.
- Montori, V. (2022). Enfoques colaborativos del cuidado y la ética del cuidado. 3c Apostar por el cuidado para vivir juntos y bien. En Domínguez-Alcón, C., Busquets, M., Cuxart, N., Ramió, A. *Compromiso con el cuidado y la ética del cuidado. Desarrollo teórico y aplicación práctica*. (p. 72-82). Fundació Víctor Grifols i Lucas.
- The Care Collective (2021). El manifiesto del cuidado. Edicions Bellaterra.

5.4 Ni Estado ni mercado: ¡Cuidado!

Oriol Farrés*

Resumen

En *Caring democracy: Markets, equality, and justice* (2013), Joan C. Tronto proponía un cambio de paradigma en filosofía política. Contra el planteamiento normativo y abstracto (constructivista o contractualista) de las teorías de la justicia de raigambre rawlsiana, y contra el planteamiento mercantil neoliberal de raigambre schumpeteriana que ve la política en términos de oferta y demanda entre partidos (= empresas) y ciudadanía (= clientes), Tronto apostaba por el cuidado. ¿Qué significa este cambio? De entrada, consistía en poner en primer plano un nuevo *ethos de la vida política*: el de las instituciones y agentes que deben cuidar de la ciudadanía. ¿Era realmente nuevo? Sí y no. Sí: nadie hasta el momento había osado concebir la política en los términos de la ética del cuidado; lo más parecido era el marco mental del *nurturant parent model* de Lakoff (2014). Y no, claro que no: el cuidado no se tiene que inventar, como si nunca hubiera existido... Está presente, siempre lo ha estado, en las familias, en las residencias, en las guarderías o en los hospitales. Que tanto la madre como la hermana de Tronto fueran enfermeras no es un dato anecdótico: las buenas prácticas del cuidado a personas vulnerables se trasplantan, de este modo, a la esfera pública. El cambio de enfoque dejó anonadado a más de uno. Aquel ciudadano «naturalmente» varón de las repúblicas antiguas y no tan antiguas, aquel espacio masculinizado, aquella razón formal y kantiana (que solo repara en lo universal y es ciega a lo concreto), aquellos diseños institucionales que nunca penetraban en el núcleo cotidiano y doméstico... Todo ello se vio radicalmente cuestionado. Pero el debate no es tan solo académico. Al *wealth care* de los mercados oligopólicos, de las presiones políticas de las entidades financieras (deuda externa, crisis de la deuda, austeridades, etc.), de las multinacionales que campan a sus anchas saltando fronteras y traspasando límites, esto es, en definitiva, al *neoliberalismo*, Tronto opone una democracia real y cuidadora, comprometida de verdad con sus valores constituyentes. En septiembre del 2023, la filósofa política, en la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona, condujo un seminario auspiciado por la Fundación Grifols y el Colectivo Minerva.

* Oriol Farrés Juste obtuvo el Premio Extraordinario de la Licenciatura de Filosofía de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Hizo una estancia en la Universidad de California (Davis). Se doctoró en la UAB con una tesis sobre la construcción de la ciudadanía republicana (2008). Ha sido profesor de inglés en la ESO y profesor asociado de la Universitat de Girona (UdG). Ahora es profesor agregado del Departamento de Filosofía de la UAB. Perteneció al área de Filosofía moral y política, en la que ha realizado numerosos trabajos de investigación en diversos proyectos financiados. Ha traducido a John Rawls, Hannah Arendt y Thomas Pogge. Ha colaborado como articulista de opinión con *El Punt Avui* y *Nació Digital*. Es el coordinador del Máster en Filosofía Aplicada (UAB-UdG). Es miembro, asimismo, del Grupo de Estudios Humanísticos en Ciencia y Tecnología (GEHUCT) y autor del libro *Escrips republicans* (Enoanda, 2022).

Ni Estado...

Son las ocho y media de la mañana del miércoles 27 de septiembre de 2023. He llegado con antelación a Barcelona. Me bajo del tren de cercanías de la RENFE, en Plaza Catalunya. Día gris, me adentro en el hervidero de gente que anda apresurada por las calles de la ciudad. También hay algunos turistas y una pareja de policías hablando con un mendigo. Doy una ojeada a las noticias del día, deslizándolo mi dedo sin convicción por la pantalla del teléfono móvil. Voy cabizbajo, con el móvil en la mano. Como tantos otros. Una voluntaria de una popular ONG me quiere dar un folleto, pero sonriendo le digo que no, gracias, que tengo prisa (es mentira, claro, pero no importa). Un semáforo en rojo: los peatones retomamos la marcha cuando se pone verde. Ni nos miramos, no nos conocemos y tampoco nos queremos conocer. Ya es mucho si no chocamos entre nosotros. Pasa un joven con patinete, a toda velocidad, justo a mi lado. Motos, coches, autobuses; cacharros formando un ruidoso río de hierro. Y terrazas con mesas y sillas. Todo funciona como un intrincado reloj, enorme e indiferente. Tengo tiempo, así que me siento a la mesa de un bar de la calle Balmes, cerca de una librería que hace poco me enteré de que estuvo a punto de cerrar por deudas. Un reloj, sí. Dispositivos, señales de tráfico, urbanismo administrado. Cada cual por su carril, siguiendo instrucciones. Por eso me gusta parar de vez en cuando. Para respirar (o lo que es lo mismo: para salir del engranaje un rato). Si dijera que me gusta observar a los transeúntes e imaginarme sus vidas, no sería del todo exacto. Más bien es una distracción inocente, sin tanto barniz. Pero me asombra pensar que la ciudad es igual que un mecanismo configurado por mecanismos, compuestos a su vez por otros mecanismos, cada vez más pequeños, casi invisibles. A veces hay fallos, por supuesto, pero enseguida se enderezan o se olvidan. En la novela *Un mago del Kremlin* de Giuliano da Empoli (finalista del Interallié) se cuenta que un tal Zamiatin, artista ruso de la época de la Revolución, escribió en 1922 un libro fascinante titulado *Nosotros*. Se trata de una distopía (1984 *avant la lettre*) que describe una sociedad reglamentada hasta el más mínimo detalle. El Estado lo controla todo mediante una tecnología tan avanzada como invasiva. Pero a la población no parece importarle. Da Empoli dice que, más allá de la crítica al estalinismo (Zamiatin fue obviamente expulsado de la Unión Soviética tras la publicación de su obra), el libro es una profecía de nuestro tiempo. «Nosotros somos nosotros». ¿Será verdad? No que sea una profecía savonaroliana, que es evidente que no lo puede ser, pero que sea una imagen certera de nuestras vidas, que cada vez se reducen más al juego estímulo-respuesta: *neuromarketing*, *clickbait*, *fake news* y *prompts*. Esto me recuerda a la serie *Black Mirror* y a otras tantas películas de ciencia ficción... Puede que sí, que vayamos por allí.

La alarma del móvil me indica que tengo que pagar la cuenta y llegar a la *School of Management* de la UPF sin más demora. El seminario empieza pronto. Cuando llego, saludo a la concurrencia y me siento en el fondo del auditorio. Estoy un poco resfriado y tengo miedo

de contagiar el coronavirus (no me he hecho la prueba porque justo ahora estoy notando los primeros síntomas), o sea que es preferible estar un poco apartado de los demás. Por suerte tengo una mascarilla. ¿Me la pongo? Esto me hace pensar en los tiempos de la pandemia, en las medidas de confinamiento, los aplicativos, los certificados COVID, las sanciones... ¿«Nosotros» de Zamiatin? El Estado. Interfiriendo, monitorizando, controlando. Es cierto que los totalitarismos del siglo xx deberían habernos prevenido de dar todo el poder al Leviatán. El chantaje de siempre: te asisto y tú no me molestas. Los republicanos llaman «*imperium*» a la dominación de los aparatos estatales. Pero estoy divagando otra vez... Mejor me centro en la conferenciante, Joan Tronto, que después de ser presentada inicia su ponencia.

Me fijo en ella: académica americana de aire progresista, una persona mayor pero enérgica, no muy alta, pelo corto, sonrisa irónica aunque afable. Me llama la atención un dato: Tronto explica que, según «cálculos bien fundamentados», faltan en el mundo seis millones de enfermeras. En la URSS (eso lo leí hace tiempo en las *Memorias* de Iliá Ehrenburg), si en una región faltaban cuatro dentistas, se enviaban cuatro dentistas recién formados, sacados de donde fuera. Se planificaba todo. Es obvio que la agencia central de Moscú era muchas veces ineficiente. Pero no creo que faltasen nunca en el país de los soviets el equivalente proporcional a seis millones de enfermeras en el mundo. Bueno, estoy exagerando. Durante los procesos de colectivización forzosa, faltaron una gran cantidad de alimentos y hubo unas hambrunas terribles. Con todo, el régimen no cayó: Stalin daba la orden de apresar al comisario político correspondiente y lo hacía fusilar por sabotaje, confesión incluida en juicio público sin garantías. El Estado omnipotente es un mito. Porque no es nunca omnipotente, pero esto no significa que no sea peligrosísimo. Y ahora pienso en las posibilidades de la IA en manos de nuevas agencias estatales, en la «logic of protection» (Tronto, 2013) que se va imponiendo en el siglo xxi, que infantiliza a la ciudadanía: «fear and so on...», agrega. Me queda claro que (1) la *caring democracy* no puede ser un Estado totalitario y (2) que Joan Tronto es perfectamente consciente de los problemas ético-políticos que acarrearía un *imperium* basado en las políticas ultrapopulistas del miedo o el odio.

... ni mercado

Tronto ha puesto un ejemplo demoledor. Es de un anuncio publicitario: «Invest in your best investment» (*Greenlight App*). Así, aliteración incluida (vest-best-vest), se quiere vender una aplicación que enseña a los niños y niñas a jugar en bolsa, simula mercados, etc. Invertir en tu mejor inversión significa que los padres, si quieren de verdad a sus hijos, les deben comprar la aplicación para que sean futuros emprendedores. Por cierto, ahora, con todo el revuelo sobre los malos resultados en el informe PISA y las nuevas pedagogías, hay un elemento del que no se habla pero que a mí me parece muy sintomá-

tico. En la educación secundaria existe una asignatura (creo) o unas competencias (eso seguro) de *empresariado* (el ordenador me indica que esta palabra no está en el DRAE... veo con alivio que sí está «emprendimiento»). Enseñar a emprender: ya sea a través de la educación obligatoria o a través de juguetes electrónicos. Pues bien, lo primero que se me ocurre es que, ciertamente, si se quiere sobrevivir en este mundo, lo mejor quizá sea aprender un poco cómo funciona la economía. Ahora bien, el problema, y en eso estoy absolutamente de acuerdo con Tronto, es el «*wealth care*». A nadie le pasará por alto que la expresión trontiana es un juego de palabras con «*health care*». Pero, en efecto, las políticas imperantes son muy serviles con los poderes fácticos oligopólicos. Como alternativa al «*wealth care*», la conferenciante propone el programa keynesiano de toda la vida: «tax the rich!». El neorepublicano Richard Dagger (2006), en «Neo-republicanism and the civic economy», explica que el mercado, en sí mismo, no es ni moral ni inmoral. Se trata de una institución que facilita el intercambio y la prosperidad económica. Sin embargo, añade Dagger, determinados diseños del mercado (o incluso del llamado «mercado laboral») pueden generar (¡y consolidar!) desigualdades injustas. El *homo economicus* no es el protagonista de la *caring democracy* tampoco. Por si a alguien le quedaba alguna duda de ello, inmediatamente después Tronto cita extensamente *La gran transformación* de Karl Polanyi (2002).

¡Cuidado!

Los anarcocapitalistas *à la Rothbard* quisieran suprimir el Estado y que todo fuera mercado. Los totalitarios soñaban goyescamente con suprimir el mercado y que todo fuera Estado. No. Ni Estado ni mercado. No hay culpable, pero tampoco salvador. *Caring Democracy* es una reflexión sobre los límites, es decir, sobre la prudencia. De repente pienso en el deseo de escapar del engranaje, de respirar (quizá porque llevamos mucho rato aquí dentro y quiero salir a dar una vuelta). Paciencia. Tronto concluye. Tanto el mecanismo estatal (que es necesario si queremos servicios públicos) como el mecanismo mercantil (que es necesario si queremos prosperidad) constituyen instituciones valiosas. Su desaparición, igual que su hegemonía absoluta, producirían distorsiones alucinantes. Por esto es tan importante agregar el cuidado a la ecuación: ni (todo o nada de) Estado ni (todo o nada de) mercado. ¡Cuidado!, como una llamada a la responsabilidad ética de los gestores públicos y los empresarios privados.

En catalán decimos que *la cura és cara* (el cuidado es caro), pero seguro que saldrá más caro no cuidarnos.

Bibliografía

- Dagger, R. (2006). Neo-republicanism and the civic economy. *Politics, philosophy & economics*, 5(2), 151-173.
- Lakoff, G. (2014). *The all new don't think of an elephant!: Know your values and frame the debate*. Chelsea Green Publishing.
- Polanyi, K. (2002). The great transformation. En Woolsey, N. (ed.) *Readings in economic sociology* (p. 38-62). Nicole Woolsey Biggart.
- Tronto, J.C. (2013). *Caring Democracy: Markets, equality, and justice*. N.Y.U. Press.

5.5 Del cuidado y la justicia

Màrius Morlans*

Resumen

Mientras que el pensar en el cuidado remite a una relación personal, a una experiencia vivida, pensar en la justicia se asocia a una idea abstracta. Ello está en la génesis de dos concepciones de la ética. La que se basa en los vínculos personales y la que se fundamenta en principios y valores. Pero pensar en la complejidad de la justicia como acto humano puede ser un primer paso para aproximar ambos conceptos. Gracia (1989) identifica cuatro momentos de la justicia: como justificación, como valor compartido, como teorización y como experiencia individual y colectiva. Se revisa el concepto de fraternidad que, según Puyol (2017), es el principio de justicia necesario y previo a la libertad y a la igualdad y que consiste en satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos para poder hacer efectiva la igualdad de oportunidades. Sin una cobertura mínima de las necesidades básicas no se puede ejercer la libertad y mucho menos aspirar a la igualdad de oportunidades. Se analiza la diferencia entre respeto y trato justo. La consideración del otro como ser autónomo no establece más vínculo que el reconocer y aceptar su capacidad de decisión. Pero una persona justa es capaz de saber discernir y discriminar en el trato, aceptando la proposición o el comportamiento de otra persona, no solo porque es el fruto de su decisión autónoma, sino también porque es el más correcto y el más adecuado a las circunstancias. Se analiza las implicaciones de dicha diferencia a nivel personal, institucional y social. En este último ámbito, el concepto de justicia fraterna genera un sólido fundamento para reivindicar la universalización del derecho al cuidado. Introducir en los foros de deliberación, como son los comités de ética, el deber de cuidar basado en el concepto de justicia como trato justo, puede y debe ayudar a la universalización de ambos principios en el ámbito público.

* Especialista en Nefrología y Medicina Interna por la Universitat Autònoma de Barcelona. Médico adjunto del Servicio de Nefrología del Hospital Universitari Vall d'Hebron, (1978-2012). Director Asistencial del Hospital General (2000-2006). Promotor y primer presidente de su Comité de Ética Asistencial. Antiguo presidente de la Comisión de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y premio a la excelencia profesional de dicho colegio. Miembro del Comité de Bioética de Catalunya. Cofundador de la Societat Catalana de Bioètica. Fue profesor del Master de Ciudadanía y Derechos Humanos de la Facultad de Filosofía (UB) y profesor asociado de Bioética y Comunicación de la Facultad de Medicina (UAB). Autor y coautor de varias publicaciones en el ámbito de la nefrología y la bioética, entre ellas «Para deliberar en los comités de ética» y «Fer costat al malalt», traducida al castellano como: «Cómo ayudar física y moralmente al enfermo».

Introducción

En principio hay que asumir la diferencia que se plasma en nuestra imaginación al pensar en ambos conceptos, el cuidado y la justicia. Al pensar en el cuidado se alumbra la imagen potente de una persona que cuida a otra, sea la madre al hijo pequeño, sea el hijo adulto a la madre anciana. En cambio, cuando pensamos en la justicia, no se nos ocurre una imagen personal; como mucho, la imagen impertérrita y marmórea de la mujer con los ojos vendados, armada de una espada y sosteniendo una balanza. La idea del cuidar es concreta y se asocia a la relación entre personas. La idea de la justicia es abstracta y remite a procesos y procedimientos, sean estos judiciales o de distribución de bienes y recursos, en los que las relaciones personales carecen de afectividad.

Esa diferencia en la imaginación probablemente refleja aquello que acaece en la vida cotidiana. Todas las personas tienen experiencia con el cuidado. En algún momento de la vida, por no decir a lo largo de toda ella, son o han sido cuidados. Y son muchas las que tienen que cuidar siempre. Las relaciones afectivas promueven el cuidado de las personas queridas cuando necesitan ser cuidadas y, a su vez, estas pueden corresponder cuando están en condiciones de hacerlo. Pero ¿qué pasa con la justicia? ¿Tenemos experiencia personal con la justicia más allá de los procesos judiciales que, obviamente, hacemos lo posible por evitar?

Estas diferentes percepciones conceptuales están en el origen de la investigación y las reflexiones de Carol Gilligan (1985). Empezó por cuestionar la aportación de Kohlberg, hasta entonces canónica, sobre las fases del desarrollo moral de las personas por una cuestión de tipo metodológico. La muestra del estudio, al incluir solo a niños, invalidaba la generalización de las conclusiones. Pero Gilligan fue más allá y reprodujo el estudio con niñas y niños, observando que la moral de las niñas, las futuras mujeres, se construía de otra forma muy diferente a la de los niños. Mientras que la concepción de la ética tradicional, pensada por hombres, se orienta en torno a principios como la justicia y en reglas de conducta que se pretenden universales, la concepción moral de las mujeres se configura a través de las relaciones con las demás personas y los vínculos emocionales que ello conlleva. Esa es la génesis de la ética del cuidado.

Así, pues, el mundo académico contrapone ambos conceptos y, si bien no los enfrenta, los considera inspiradores de corrientes de pensamientos distintas. Por una parte, la ética del cuidado que pone el acento en las relaciones personales. Por otra, la ética de los principios que acentúa los derechos y deberes de las personas. El objetivo de esta breve reflexión es aproximar ambos conceptos, empezando por recuperar la justicia como un acto humano para explorar la potencialidad del concepto de justicia fraterna como fundamento de la universalización de la ética del cuidado.

La justicia como acto humano

Al abordar la definición de justicia, Diego Gracia (1989) empieza por admitir la complejidad de la tarea y las múltiples ramificaciones en que puede derivar el intento. Dentro de la complejidad, identifica cuatro conceptos básicos que se corresponden a cuatro momentos que pueden aproximarnos a la idea de justicia como acto humano. En primer lugar, la persona debe *justificarse*. La justificación es la argumentación o fundamentación del proyecto de vida personal, aquello que es esencial y personal para alcanzar la plenitud vital. En el pensamiento griego clásico, lo que da sentido a la vida es alcanzar ese estado de bienestar asociado al concepto de felicidad o *eudaimonia*. Para ello, la persona debe realizarse, palabra proveniente del latín *perfacere*. Ese es el origen de la perfección como aspiración del buen ciudadano. Y esa perfección solo se consigue aspirando a actuar de una manera justa. Solo puede aspirar a realizarse, a ser perfecto, quien es justo.

Los humanos se hacen personas conviviendo en comunidad. Es cuando se establecen relaciones con las otras personas que se concibe y comparte la justicia como valor social. Se trataría de respetar la opción personal sobre la concepción de la plenitud de vida o perfección y de cómo alcanzarla de cada uno de los miembros de la sociedad. No se trata de que cada uno tenga la misma concepción del proyecto vital, sino de garantizar que cada uno tendrá la libertad de elegir sus objetivos de vida buena, siempre que no colisionen o vulneren los de los demás. Cuando se generaliza, la justicia es la base de un sistema de referencia moral que orienta y regula el comportamiento de los miembros de la comunidad. Ese es el segundo momento del concepto de justicia, básico en la fundamentación de todas las éticas, aunque se formule de distintas maneras.

El tercer nivel es el de la justicia como razonamiento o elaboración teórica. Es el momento de identificar los diferentes tipos de justicia según que su ámbito de aplicación sea la asignación de recursos, la reparación del daño o el intercambio de bienes y productos. En este nivel tienen sentido los términos de justicia distributiva, retributiva o reparativa y conmutativa. Este también es el lugar de las teorías de la justicia distributiva que difieren según que el principio ético en el que se fundamentan sea la igualdad, la libertad o la eficiencia.

El cuarto momento es el que supone el traslado de los razonamientos teóricos al campo de la práctica, comprobando las consecuencias de sus aplicaciones. Es el momento de la justicia como experiencia. A nivel individual consiste en el ejercicio de la justicia como hábito bueno o virtud. En el ámbito social y como práctica esencial a la convivencia, la promulgación de leyes que la regulan y que son la base de la justicia jurídica en la que aquellas son interpretadas en caso de conflicto o vulneración de estas. Y es especialmente relevante cómo se regula la provisión de las necesidades básicas, teniendo en cuenta que los procedimientos que las atienden están en manos de personas cuya actitud debería sustentarse en la justicia como hábito, es decir, como virtud.

Así pues, la justicia como acto humano consta de cuatro momentos: como fundamento del proyecto de vida, que es la justificación; como valor social, que da pie o sustenta un sistema de referencia moral; como elaboración teórica, o sea, las diferentes clases de justicia y las diferentes teorías de la justicia distributiva; y como experiencia, el hábito de la justicia y la justicia jurídica o ley.

Justicia y Fraternidad

Quienes se interesan por la república, por la *res publica*, es decir, por cómo organizar la convivencia ciudadana, tienen presente y se refieren constantemente a la libertad y a la igualdad. Pero ¿qué se ha hecho del tercer principio republicano, de la fraternidad? No se habla de ella y, lo que aún es peor, aparentemente no se la echa en falta. Pocos son los pensadores contemporáneos que han reflexionado sobre la fraternidad y, en consecuencia, cabe destacar el empeño y el logro de Ángel Puyol (2017) en reivindicarla como un derecho.

Puyol empieza por seguir el rastro del concepto cuyos orígenes, entre otros, se encuentran en la *philia* o amistad, que, según Aristóteles, es la virtud cívica que vincula el interés particular al interés común de la *polis*, de la democracia ateniense, en cuyas deliberaciones y decisiones tan solo participan los hombres adultos nacidos en ella. El concepto transita por la doctrina cristiana, entendiendo la fraternidad como la igualdad espiritual de las personas que conlleva la obligación moral de ayudar a las personas necesitadas. Es la caridad cristiana que convida a amar al prójimo como a uno mismo.

Y, finalmente, la fraternidad revolucionaria como vínculo común que une a los oprimidos para alzarse contra los opresores. Son hermanos porque comparten las mismas condiciones de vida miserables y la misma necesidad de liberarse de ellas. La convicción de ser ciudadanos libres e iguales dignifica a los *sans-culottes*, aunque sus condiciones de vida sean miserables. Porque la Revolución francesa propicia el marco legislativo que garantiza la igualdad y la libertad políticas, sobre todo la libertad en el ámbito del comercio y las finanzas, pero no acaba con las diferencias sociales y económicas. La fraternidad se va diluyendo como principio político bajo la hegemonía de la ideología burguesa y es sustituida por la solidaridad, que en ningún caso es un derecho a exigir, sino que es el fruto de la buena voluntad de los ciudadanos.

Desde esa perspectiva histórica, Puyol (2017) reivindica la fraternidad como el principio de justicia necesario y previo a la libertad y a la igualdad y que consiste en satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos para poder garantizar y hacer realidad la igualdad de oportunidades. Sin una cobertura mínima de las necesidades básicas, como son la educación, la salud o la vivienda, no se puede ejercer la libertad y mucho menos aspirar a la igualdad de oportunidades. Las diferencias sociales discriminan en el ejercicio de los

derechos. Se concibe la justicia no solo como el fiel que regula el equilibrio entre la libertad individual y la igualdad, sino como el sustrato que garantiza su ejercicio sin la discriminación que supone no disponer de los recursos básicos. Ese es el concepto de la justicia fraterna como derecho.

Si lo que nos hace iguales es el ejercicio de la libertad, toda traba estructural a su puesta en práctica debe ser suprimida. De ahí que el respeto a los derechos de las minorías no sea una concesión graciosa de la mayoría, sino el reconocimiento del derecho de los iguales a que se respete la diferencia, como sostiene John Stuart Mill (2018). La fraternidad reconoce el derecho del objetor de conciencia a abstenerse de cumplir la ley mayoritariamente aprobada, porque la igualdad no equivale a homogeneidad. La fraternidad crea el vínculo basado en la confianza para que cada ciudadano pueda aspirar a la plenitud de su proyecto vital, siempre que ello no interfiera en los proyectos de vida ajenos.

La justicia fraterna es el ideal que debería inspirar y guiar la identificación e implementación de procedimientos democráticos que garanticen una distribución más justa de los recursos. Las diferencias abismales entre las rentas individuales socavan la igualdad de oportunidades y constriñen el ejercicio de las libertades cívicas y el buen funcionamiento de las democracias liberales. En el pensamiento contemporáneo y, con independencia del sistema de referencia moral, la justicia es el fiel que equilibra el ejercicio de la libertad, respetando la igualdad. Reclamar el derecho a la justicia fraterna es recuperar el potencial transformador de la tríada de valores republicanos.

Cuidado y Justicia

El principio de respeto a las personas regula y orienta la relación entre los profesionales y las personas atendidas en cualquiera de los ámbitos asistenciales. Pero en el ámbito relacional hay otro principio que no solo regula el comportamiento social de las personas, sino también las relaciones privadas. Ese principio es la justicia, aunque no seamos plenamente conscientes de ello o la tengamos apartada y aparcada en un rincón de la mente. Ser justo no es solo tratar al otro con respeto, como ser autónomo; es reconocer sus cualidades y necesidades personales y actuar de acuerdo con ello. La consideración del otro como ser autónomo no establece más vínculo que el reconocer y aceptar su capacidad de decisión.

Pero hay algo más. Para ser una persona justa hay que ser capaz de saber discernir y discriminar en el trato. No se puede tratar a todos por igual, aunque se les deba respetar. La persona que nos beneficia se hace merecedora de un trato diferenciado con respecto al de la persona que nos perjudica. Ser justo es aceptar la proposición o el comportamiento de otra persona, no solo porque es el fruto de su decisión autónoma, sino porque es el más correcto y el más adecuado a las circunstancias. Se debe ser respetuoso y justo, pero se

puede ser respetuoso e injusto. Las personas menores de edad son muy sensibles en ese sentido y lo tienen muy presente cuando son reprendidas por sus padres y maestros, o las personas empleadas cuando son llamadas al orden por sus directivos y consideran que la reprimenda no es adecuada. Entonces surge el reproche: «No eres justa».

La diferencia entre trato justo y respeto es más evidente en las relaciones personales en las que el vínculo de la relación es la dependencia organizativa o funcional; en las instituciones y empresas en las que las personas desempeñan funciones diferentes y, en consecuencia, asumen responsabilidades de acuerdo con las mismas. El trato justo de la persona responsable de un equipo de trabajo, una vez asignados los objetivos y las funciones respectivas, consiste en reconocer y recompensar adecuadamente a quien cumple con excelencia su función, y en saber corregir, de forma respetuosa, a quien no asume su cometido.

A nivel personal, si se asume esta concepción relacional de la justicia como principio ético, el trato justo a la persona dependiente y vulnerable es cuidarle. Prima el deber de cuidar a las personas del entorno con independencia de los lazos afectivos. Hay una obligación moral más allá del amor. El móvil más generoso que impulsa a cuidar es el vínculo afectivo, pero cuando no existe o se ha apagado, es justo cuidar a aquellas personas que han compartido gran parte de nuestra trayectoria vital, entre otros motivos porque en algún momento de la misma habrán cuidado de nosotros o necesitaremos ser cuidados.

En el ámbito de los servicios sociales y de las instituciones de cuidado, el principio de justicia debe inspirar y orientar la relación de cuidado entre la persona cuidada y la cuidadora. El respeto es el principio de mínimos por el que se atiende a la voluntad de la persona cuidada, pero el principio de justicia obliga a que el trato, la asistencia, atienda sus necesidades, aunque no hayan sido solicitadas, pero sí percibidas por la persona cuidadora. Si en toda relación personal subyace una relación de poder, el trato justo es el que reconoce al otro como un igual en dignidad con independencia de su capacidad funcional, posición social o responsabilidad laboral, y lo trata en consecuencia.

A nivel social, el concepto de justicia fraterna proporciona un sólido fundamento para reivindicar la universalización del derecho al cuidado. No se puede aspirar a beneficiarse de la igualdad de oportunidades en condiciones de vulnerabilidad y de dependencia. Es justo y necesario proporcionar la asistencia y los medios que capaciten a las personas vulnerables y dependientes para poder ejercer sus derechos en condiciones de igualdad con el resto de sus conciudadanos. La cobertura de las necesidades de las personas cuidadas para que puedan ejercer sus capacidades como ciudadanos es una reivindicación exigible en una sociedad democrática que se quiere justa. Como bien dice Gilligan (1985), y cita Vic-tòria Camps (2021), la diferencia no es entre justicia y cuidado, sino entre patriarcalismo y democracia. Una democracia sin cuidado no es justa y sigue siendo patriarcal.

En síntesis

Los comités de ética asistencial, entre otros ámbitos de deliberación, han contribuido a la difusión e institucionalización de la bioética y sus principios. En los procesos deliberativos se recurre al concepto de justicia distributiva cuando se abordan cuestiones de asignación y priorización de recursos entre las personas atendidas. No obstante, el uso del concepto de justicia asociado al trato nos remite a una relación interpersonal próxima, como la que se establece en la relación de cuidado. Introducir en los ámbitos de deliberación el deber de cuidar basado en el concepto de justicia como trato justo puede y debe ayudar a la universalización de ambos principios.

Bibliografía

- Camps, V. (2021). *Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo*. Arpa.
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económico.
- Gracia, D. (1989). *Fundamentos de Bioética*. Eudema.
- Lledó, E. (1994). *Memoria de la ética*. Taurus.
- Mill, J.S. (2018). *Sobre la libertad*. Alianza Editorial.
- Piketty, T. (2021). *Una breu història de la igualtat*. Edicions 62.
- Puyol, A. (2017). *El derecho a la fraternidad*. Los Libros de la Catarata.

5.6 El cuidado comunitario como contribución al bienestar, unos apuntes iniciales

Maribel Pasarín*

Mi participación con este texto surge a partir de haber sido invitada al Seminario «Qué políticas para qué cuidados. Ética del cuidado, justicia, retos y controversias en la acción» organizado por el Colectivo Minerva, así como, sobre todo, por la insistencia de Carmen Domínguez-Alcón en que escribiera sobre algo a lo que hice referencia en el seminario, esto es, la necesidad de tener en cuenta la perspectiva colectiva en los cuidados; los cuidados comunitarios. Y agradezco que me haya condicionado a entrar, leer y pensar sobre este tema del que no soy especialista.

La reflexión personal que me surgía durante el seminario tenía dos ideas fuerza: es predominante que el cuidado se plantee desde la necesidad de cubrir déficits, y también en la relación individual: alguien que lo ejerce y alguien que lo necesita.

Soy especialista en salud pública, que no debe confundirse con servicios públicos de salud, sino que hace referencia a quienes trabajamos por la salud de comunidades, de colectividades, de poblaciones. Como profesional de salud pública mi paradigma de acción es la salud (que no exclusivamente la enfermedad) y las colectividades, desde las pequeñas (colectivo de personas que viven en un barrio, colectivo de personas que no tienen un hogar, etc.) a las mayores (población trabajadora, población de jóvenes, poblaciones de países, etc.).

En salud pública, en nuestro día a día, ya nos situamos en el trabajo por la salud mucho más allá de su déficit, la enfermedad, y también en que la salud no depende de decisiones individuales, sino que principalmente está condicionada por el entorno y las condiciones en las que vivimos: los llamados determinantes sociales de la salud. Además, es importante recordar que los determinantes de la salud son también los que marcan que la salud en las poblaciones se presente bajo un patrón de desigualdad, es decir, con unas diferencias entre grupos sociales que son injustas y evitables (Borrell, Artazcoz, 2008).

A modo de ejemplo, en la figura 1 (ver pág. 107) comparto dos marcos teóricos que nos son muy útiles, ya que, como tales, nos ayudan a identificar las áreas o puntos de accionabilidad, aquello que debe ser modificado para que acabe mejorando la salud. Disponer de un marco teórico permite plantearse dónde debe suceder un cambio para que las per-

* Agència de Salut Pública de Barcelona. Institut de Recerca Sant Pau. CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

sonas dispongan de buena salud. En base a esos determinantes queda claro que mejorar la salud de las poblaciones requiere incidir en las condiciones de vida y de trabajo de las personas, y también permiten deducir que hay diferentes niveles de intervención, desde políticas de alto nivel (internacionales, nacionales, autonómicas y locales), hasta acciones y organización de los entornos en los que las personas desarrollamos nuestra vida cotidiana. Estos entornos pueden ser las escuelas, los lugares de trabajo, el barrio donde vivimos, etc.

De la tesis doctoral de Maria Salvador Piedrafito sobre los cuidados familiares (Salvador, 2019), extraigo la definición del concepto de cuidados: «En un sentido amplio, los cuidados incluyen todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas en la sociedad en la que viven. Se pueden distinguir cuatro dimensiones, como son el autocuidado, el cuidado directo de otras personas para lograr su salud física y emocional (la actividad interpersonal de cuidado), las tareas que establecen las condiciones materiales que hacen posibles los cuidados directos (precondiciones del cuidado como la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos) y las tareas de coordinación, planificación y supervisión (gestión mental). Por tanto, los cuidados son las tareas que todas las personas necesitamos para garantizar nuestro bienestar diario». Considero que esta conceptualización nos permite situarnos no en los déficits y la necesidad de cuidados para situaciones de «más necesidad de cuidados», sino en los cuidados que requerimos las personas para vivir en situación de bienestar.

Todas las personas necesitamos de cuidados, en diferente medida y de diferente tipo, pero las personas somos interdependientes para buena parte de nuestra vida. Mucho más claro si tenemos en cuenta que los cuidados tienen tanto una dimensión física (alimentación, higiene, descanso) como una dimensión simbólica (componente afectivo y emocional de las personas) (Martelotte, Mascheroni, Rulli, 2023).

Y cuando hay una necesidad evidente de cuidados, es conocido que la mayor parte se dan en el sistema informal, por familiares u otras personas del entorno social cercano, con un componente de desigualdad de género ya que ejercen el rol de cuidadoras más las mujeres que los hombres (Rodríguez-Madrid, *et al.*, 2021).

He buscado y casi no he encontrado (por no acertar con la búsqueda o porque realmente no están disponibles o no demasiado accesibles) algún marco teórico que plantee los determinantes de que las personas, la población, dispongamos de los cuidados necesarios para el bienestar. El marco teórico ayuda a entender la complejidad, pero también, como mencionaba anteriormente, los puntos de entrada para generar cuidados, poblaciones cuidadas. Una excepción ha sido el marco conceptual que se planteó en Perú en 2021, relacionado con la política nacional de igualdad de género, y para la implantación del Sistema Nacional de Cuidados, que tuvo la aprobación ministerial. La base de este marco es concebir el cuidado como derecho: el derecho a cuidar y el derecho a recibir cuidados (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2021).

Pienso que estaría bien hacer el trabajo de generar en nuestro entorno el mapa conceptual de los cuidados. En realidad, el marco conceptual de los determinantes de la salud se ha adaptado a situaciones específicas como, por ejemplo, la violencia de género (Artazcoz, *et al.*, 2019) y las desigualdades en la distribución de la COVID-19 (Vasquez-Vera, *et al.*, 2021) entre otros.

Pero como el bienestar –el objetivo de los cuidados– y la salud son dos constructos muy, muy cercanos, casi diría que sinónimos, podemos deducir que muy probablemente comparten buena parte de los factores determinantes y de las desigualdades.

Y ante la pregunta de dónde es factible actuar para generar el cuidado, se visibiliza que son importantes factores estructurales generados en ámbitos superiores (políticas nacionales o locales), pero que, en los entornos más próximos a las personas, las comunidades a las que pertenece cada una, puede ser factible incidir. Y, en realidad, ya hay experiencias de ello, sobre las que sí se encuentran bastantes referencias. A continuación voy a referirme a dos de ellas. Identificarlas y reconocerlas permite visibilizarlas y ponerlas en valor; a partir de ahí y de saber sus efectos, si funcionan, convendría extenderlas, hacerlas factibles en más entornos.

La primera experiencia se da en el marco de un programa de salud comunitaria de la ciudad de Barcelona, el programa *Barcelona Salut als Barris* (Barcelona Salud en los Barrios). Casi prefiero llamarla estrategia que programa, porque en realidad es un proyecto que acaba desarrollando diferentes programas comunitarios.

Barcelona Salut als Barris (BSaB) empezó en el año 2007 en dos barrios (Roquetes y Poble-sec) y actualmente está extendido a 26 barrios, con el objetivo de incidir en la reducción de las desigualdades sociales en salud a través de la acción comunitaria. Es un programa impulsado por la *Agència de Salut Pública de Barcelona* (ASPB), en colaboración con el *Consorci Sanitari de Barcelona* y el Ayuntamiento de Barcelona, pero se desarrolla a nivel de barrio, donde, en el marco de una comisión de salud comunitaria, se produce la toma de decisiones acerca de qué hacer y a qué dedicar los recursos (Daban, 2021; Agència de Salut Pública de Barcelona, 2023).

En BSaB se invita a participar en su desarrollo a aquellos agentes sociales del barrio, servicios, entidades, vecinos y vecinas, aquellos que quieran ir más allá de procurar el bienestar a sus propios usuarios/asociados/familias, aquellos que quieran dirigirse a la comunidad en la que viven, buscando el beneficio de las personas del barrio. BSaB se desarrolla generando programas con el objetivo de beneficiar la salud y el bienestar de las personas que viven en el barrio. Incidiendo en los barrios que están en situación de desventaja en indicadores socioeconómicos, cosa que se relaciona con que también tienen indicadores de salud más desfavorables respecto al conjunto de la ciudad, se pretende incidir desde el nivel comunitario en la reducción de las desigualdades sociales en salud.

En buena parte de los programas que en BSaB acaban poniéndose en marcha en cada barrio, los cuidados comunitarios están subyacentes. En los programas de escuelas de

salud de personas mayores, en los programas de habilidades familiares (*La familia, la millor escola*, La familia, la mejor escuela), en los diferentes programas de ocio saludable y primeras experiencias laborales en jóvenes, entre otros, parte de sus objetivos se orientan a incrementar las relaciones sociales entre personas de la comunidad, combatiendo el aislamiento social, compartiendo saberes, experiencias y dificultades, y potenciando los aprendizajes entre iguales y la socialización de lo que en muchas ocasiones se tratan como «asuntos individuales, del entorno privado». Implicarse en la mejora de las personas del barrio es implicarse en cuidar a la comunidad.

Incluso en uno de los barrios, que en realidad son dos, la Marina del Prat Vermell i la Marina del Port, uno de los proyectos es *A La Marina ens cuidem* (En La Marina nos cuidamos). Se trata de un programa destinado preferentemente a personas del barrio en situación de precariedad laboral o desempleo, diseñado, financiado y evaluado por la ASPB, organizado por la mesa de salud comunitaria de La Marina y gestionado por la *Unió d'Entitats de La Marina*. El proyecto pretende promover la salud y el cuidado entre vecinas y vecinos del barrio, aumentando sus relaciones y creando una red de intercambio de conocimientos y experiencias. Es un proyecto que surgió de la adaptación al barrio de un programa previo, *Fem Salut, Fem Barri* (Hagamos salud, hagamos barrio), implantado en BSaB del barrio de La Verneda, y en la evaluación de sus resultados mostró la mejora en el bienestar emocional y en la salud mental de las personas participantes, siendo parte del impacto relacionado con las acciones de retorno social de las personas participantes; es decir involucrarse en la mejora del barrio también se asociaba a la mejora del bienestar emocional. Ferran Daban Aguilar, en su tesis doctoral centrada en la evaluación de BSaB, incluyó la evaluación de este programan (Daban, 2021).

La siguiente experiencia que querría compartir es la que he conocido a través de buscar material para este escrito. Se trata del informe de una investigación realizada por Lucia Martoletti y colaboradores, publicada en 2023. En esta investigación analizan ocho experiencias de cuidados comunitarios de América Latina y España que señalan por su potencial transformador para contribuir al diseño, formulación e implementación de políticas públicas integrales de cuidado, desde un enfoque feminista e intercultural. Entre las ocho experiencias hay una muy cercana, en Alella, municipio de la comarca del Maresme situado a unos 20 km de la ciudad de Barcelona. En Alella pusieron en marcha la experiencia denominada *Poble cuidador* (Pueblo cuidador) a finales del 2020, a partir de la propuesta de un vecino, orientada a promover la corresponsabilidad y la reducción de las desigualdades de género y sociales con un enfoque interseccional. La experiencia se inscribe en el movimiento de «ciudades cuidadoras» que busca impulsar iniciativas de cuidado y acompañamiento desde la comunidad, por la comunidad, y sostenidas de forma autosuficiente.¹ Es un proyecto de gestión comunitaria en el que están implicadas ciudadanía, entidades (incluyendo entidades privadas) y ayuntamiento. En una evaluación externa a la que se sometió el proyecto, detectaron factores de éxito tales como el apoyo político y de las entidades sociosanitarias, el que

un grupo de vecinos y vecinas impulsaran la iniciativa, que se implicaran personas voluntarias y tener una organización comunitaria, así como la transparencia, la evaluación y la rendición de cuentas. Y como fortaleza se señala el desarrollo de un modelo propio de cuidados a partir del consenso de las y los participantes.

Teniendo en cuenta lo expuesto, cierro este escrito con algunas ideas para mí importantes:

- Los cuidados cabe también plantearlos desde la acción comunitaria, en la comunidad y para la comunidad.
- Los cuidados pueden y deben también plantearse para el beneficio de la comunidad, más allá de cubrir los déficits más acuciantes, aplicando el símil de la acción comunitaria para la mejora de la salud, que se plantea más allá de la enfermedad (¿qué hacer para generar salud en el barrio? ¿qué hacer para generar que las personas se sientan cuidadas por el barrio?).
- Y ¡cómo no!, convendría también debatir y aprender del debate sobre la ética de los cuidados comunitarios. La mirada desde la ética seguramente pondrá sobre la mesa cuestiones importantes acerca de cómo plantear y desarrollar los cuidados comunitarios.

Nota

1. Texto en cursiva: copiado íntegramente del documento al que se refiere el párrafo (Martoletti, L. y cols. 2023).

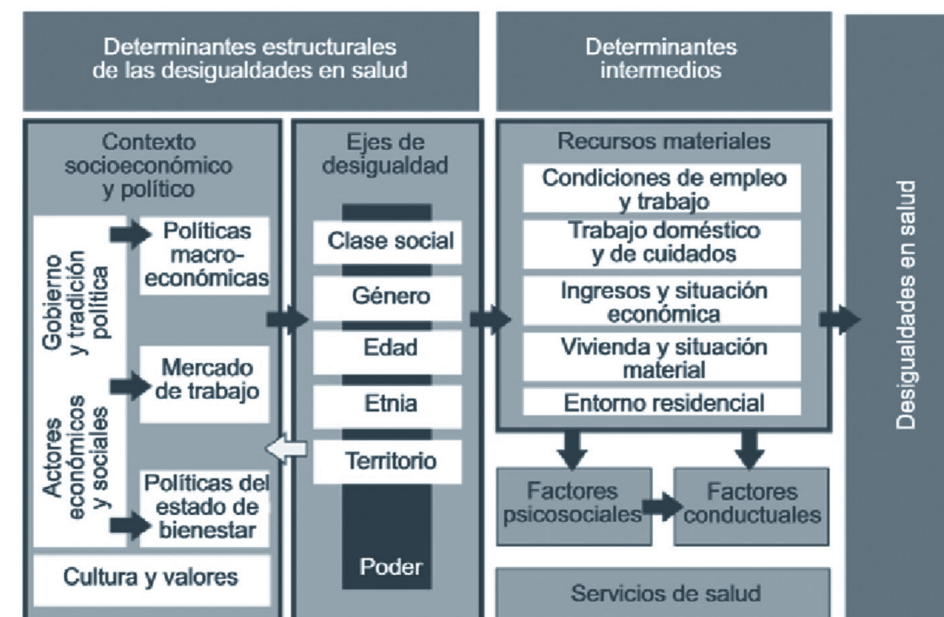
Bibliografía

- Agència de Salut Pública de Barcelona (2023). Barcelona Salut als Barris. Memòria 2022. Agència de Salut Pública de Barcelona. <https://www.aspb.cat/es/documents/barcelona-salud-barrios/>
- Artazcoz, L., Garrido, A., Juárez, O., Otero, I., Pasarín, M., Pérez, C., Pérez, G., Salvador, M. (2019). Violencia machista en el ámbito de la pareja desde una perspectiva de salud pública: marco conceptual. *Barcelona Societat*. 21. https://www.researchgate.net/publication/335490601_Violencia_machista_en_el_ambito_de_la_pareja_desde_una_perspectiva_de_salud_publica_marco_conceptual
- Borrell, C., Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.
- Borrell, C., Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SES-

- PAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24 (S1), 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.05.005>
- Borrell, C., Pons-Vigués, M., Morrison, J., Díez, E. (2013). Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health*, 67, 389-391.
- Daban, F. (2021). *Barcelona Salut als Barris: millorant la salut en poblacions desfavorides mitjançant intervencions en salut comunitària*. [Tesis doctoral. Universitat Pompeu Fabra]. <http://hdl.handle.net/10803/671535>
- Daban, F., Pasarín, M.I., Borrell, C., Artazcoz, L., Pérez, A., Fernández, A., Porthé, V., Díez, E. (2021). *Barcelona Salut als Barris: twelve years' experience of tackling social health inequalities through community-based interventions*. *Gaceta Sanitaria*, 35(6), 515-524. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.007>
- Martalotte, L., Mascheroni, P., Rulli, M. (2023). *Una mirada crítica a las experiencias comunitarias de cuidados*. Iniciativa de cooperación Triangular. https://cdn2.hubspot.net/hubfs/426027/Oxfam-Website/oi-informes/Mirada_Critica_trenzando_cuidados.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Sistema Nacional de Cuidados (2021). *Documento Técnico. Marco Conceptual sobre Cuidados*. <https://www.mimp.gob.pe/DGIGND/sistema-nacional-cuidados.php>
- Rodríguez-Madrid, M.N., Del Río-Lozano, M., Fernández-Peña, R., Elizalde-Sagardía, B., del Mar García-Calvente, M. (2021). Redes personales de apoyo y cuidado informal: ¿diferencias por sexo y territorio? (estudio CUIDAR-SE II). *Gaceta Sanitaria*, 35(6), 515-524. Epub 04 de abril de 2022. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.011>
- Salvador, M. (2019). *Influencia de la ley de dependencia en las desigualdades en salud relacionadas con el trabajo de cuidados a familiares*. [Tesis doctoral. Universitat Pompeu Fabra]. <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/668742/tmsp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vásquez-Vera, H., León-Gómez, B.B., Borrell, C., Jacques-Aviñó, C., López, M.J., Medina-Perucha, L., Pasarín, M.I., Sánchez-Ledesma, E., Pérez, K. (2022). Inequities in the distribution of COVID-19: an adaptation of WHO's conceptual framework. *Gaceta Sanitaria*, 36(5), 488-492. Epub. 13 de marzo de 2023. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.004>

Figura 1. Dos marcos conceptuales de determinantes sociales de las desigualdades sociales en salud. A) Determinantes sociales de las desigualdades en salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, (Borrell y Malmusi, 2010); B) Modelo de determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud en las áreas urbanas (Borrell y cols., 2013)

A)



B)



5.7 La gobernanza de las instituciones y de las políticas de cuidado a personas mayores

Ixchel Pérez-Durán*

Resumen

A lo largo de los diferentes ciclos vitales, participamos activamente tanto en la recepción como en la prestación de cuidados. El cuidado no se restringe a acciones personales o colectivas; también se manifiesta en las políticas públicas. La efectividad de estas políticas está ligada a la intersección de diversos factores contextuales (por ejemplo, el régimen de bienestar), organizacionales (como las instituciones proveedoras de servicios) e individuales (como las características de los beneficiarios).

Tronto (2010) destaca un aspecto crucial para asegurar un cuidado de calidad: la necesidad de que el cuidado y sus políticas sean democráticos e inclusivos. En particular, Tronto (2010, p. 160) aboga por que las instituciones de cuidado establezcan prácticas formales para evaluar y revisar cómo cumplen con sus obligaciones de cuidado, cómo abordan la singularidad de cada individuo y cómo se ejerce el poder dentro de la organización. En esta breve reflexión, profundizo en la intersección entre la perspectiva de Tronto y la gobernanza de las políticas de atención a personas mayores. Destaco especialmente la importancia de proporcionar información, evaluar de manera continua las prácticas institucionales de cuidado y sus resultados, y mejorar la confianza en los servicios. El argumento central es que dos dimensiones esenciales de la gobernanza de los servicios, su transparencia y rendición de cuentas, son herramientas clave para fortalecer la confianza en la prestación de servicios y, a largo plazo, mejorar su calidad.

* Profesora agregada en el Departamento de Ciencia Política de la Universidad Autónoma de Barcelona. Sus temas de investigación son las políticas públicas, la rendición de cuentas, la regulación, la transparencia y la confianza en las organizaciones y servicios públicos. Es Investigadora Principal del proyecto «Evaluación de la gobernanza de los servicios de residencias de mayores: transparencia, rendición de cuentas, confianza, calidad e igualdad» del Ministerio de Ciencia e Innovación (ref.CNS2022-136086). Su trabajo se ha publicado en revistas académicas como *Journal of European Public Policy*, *Regulation & Governance*, *West European Politics*, *JCMS: Journal of European Common Market Studies*, *European Political Science Review*, *Journal of European Integration*, *Comparative European Politics*, *eInternational Review of Administrative Sciences*.

Artículo

Esta reflexión surge a raíz de mi participación en el Seminario «¿Qué políticas para qué cuidados? Ética del cuidado y controversias en la acción», llevado a cabo el 27 de septiembre de 2023. Durante el seminario, analizamos el trabajo de la profesora Joan C. Tronto (Universidad de Minnesota), un referente central en el ámbito de la ética de los cuidados. Desde mi perspectiva como académica especializada en políticas públicas, abordaré cómo estos debates se entrelazan con cuestiones fundamentales relacionadas con la gobernanza de las políticas de atención a personas mayores, haciendo hincapié especialmente en los servicios de residencias para adultos mayores.

El cuidado constituye una parte intrínseca de la experiencia humana y emerge como una necesidad fundamental, especialmente en ciertos ciclos vitales, como la edad adulta. Desde la perspectiva de Tronto (2020, p. 29), el acto de cuidar «es relacional y reconoce la interdependencia entre las personas y su entorno», lo que implica que «todos los seres humanos son vulnerables» (Tronto, 2020, p. 29). A lo largo de nuestros ciclos vitales, recibimos y ofrecemos cuidado. Sin embargo, el cuidado no se limita a ser un acto personal o colectivo; también se manifiesta a través de acciones gubernamentales. Es por esta razón que la noción de cuidado se traduce en políticas públicas. Estas políticas deben abordar las distintas etapas del ciclo vital, poniendo especial énfasis en aquellas en las que los individuos son más vulnerables, como en la edad adulta.

En su trabajo, Tronto (2020) destaca que el cuidado –así como sus políticas– debe ser democrático e inclusivo. En especial, Tronto (2010, p. 160) sugiere que «las instituciones de cuidado deben contar con prácticas formales» para evaluar y revisar el modo en que la institución cumple con sus obligaciones de cuidado, «cómo aborda la particularidad y cómo se utiliza el poder dentro de la organización». Mi argumento sostiene que estas ideas guardan una estrecha relación con los principios de la gobernanza, que aboga por reintegrar herramientas democráticas tanto en la gestión pública como en las políticas públicas. El objetivo es lograr que las instituciones y organizaciones proveedoras de servicios, así como las políticas públicas, sean más transparentes, responsables y participativas, generando una mayor confianza tanto entre los usuarios como en la ciudadanía en general. Cuando consideramos específicamente los servicios de residencias para mayores, debemos valorar la utilización de herramientas democráticas en su implementación, considerándolas como elementos clave para mejorar la calidad y la confianza en dichos servicios.

La política de cuidados y su transparencia

Según Tronto, tanto los beneficiarios directos de los servicios como sus familiares tienen la capacidad de tomar decisiones, pero para lograrlo es necesario proporcionarles información (Tronto, 2010). Aunque se ha destacado la transparencia en diversas políticas

públicas, como en el ámbito de la salud o la educación, existe una atención limitada a la transparencia en servicios que se ofrecen a puerta cerrada, como es el caso de los servicios de residencias de mayores. Los beneficiarios directos de estos servicios enfrentan una mayor vulnerabilidad debido a su nivel de dependencia, lo que dificulta su participación activa en los servicios que reciben. Dado que todos somos receptores y proveedores de cuidado, es crucial que aquellos responsables de estos servicios, ya sean residencias públicas o privadas (incluyendo aquellas con fines de lucro y sin ánimo de lucro), proporcionen información detallada sobre los servicios ofrecidos. Sin embargo, esta información debe ser sustantiva, es decir, debe abordar temas clave de la calidad de los procesos (por ejemplo, la organización de una residencia y la identificación de su director/a), de las estructuras (por ejemplo, conocer al personal de cuidados y sus cualificaciones profesionales) y de los resultados de los servicios que ofrecen (por ejemplo, conocer los resultados de inspecciones y auditorías públicas) (Pérez-Durán, Hernández-Sánchez, 2022). De esta manera, las organizaciones que proveen los servicios, tanto públicas como privadas, deben garantizar el acceso a información sobre los procesos, las estructuras y los resultados de los servicios, tanto a los beneficiarios (residentes y sus familiares) como a las organizaciones públicas que se encargan de controlar y evaluar dichos servicios.

La política de cuidados y su rendición de cuentas

Según Tronto (2010), una política de cuidados efectiva debe abordar la asignación de responsabilidades, especialmente en lo que respecta al desempeño de los proveedores de cuidado. El cuidado implica una relación entre al menos dos partes: la que recibe los cuidados o servicios y la que los proporciona. De manera similar, la rendición de cuentas en el ámbito gubernamental y de las políticas públicas implica una relación entre la parte que proporciona información y justificación sobre sus acciones y la parte receptora que evalúa y sanciona dichas acciones (Pérez-Durán, 2023). Dado que ambos conceptos, cuidados y rendición de cuentas, son conceptos relacionales, los actores involucrados en ambas partes deben tener derechos, competencias y atribuciones claramente definidos. En el contexto de los servicios de residencias para mayores, esto implica la provisión de información, la evaluación y el control de los servicios. Pero también requiere que haya atribución de responsabilidades y sanciones en caso de un mal desempeño. Uno de los elementos clave es quién puede controlar y evaluar dichos servicios, ya que puede haber múltiples foros, como los gobiernos que llevan a cabo evaluaciones/inspecciones de los servicios, pero también, los propios beneficiarios (los residentes) y sus familiares. Sin embargo, en este acto relacional hay un elemento fundamental: el lenguaje común. Según un estudio reciente de Pérez-Durán y Hernández-Sánchez (2024), se identifica una desconexión en el lenguaje utilizado por los proveedores de servicios en residencias para mayores y los beneficiarios de estos servicios. La necesidad de un lenguaje común sobre

los temas que les preocupan parece ser crucial para una respuesta efectiva a las inquietudes de los beneficiarios en este contexto de servicios.

La política de cuidados y la confianza en los servicios

Otro de los elementos que señala Tronto (2020), es que los proveedores de cuidado ven los requisitos organizativos como obstáculos en lugar de apoyo para el cuidado. Sin embargo, el trabajo de la autora sugiere que el control puede ser un mecanismo de confianza en los cuidados. Desde la perspectiva de las políticas públicas, los servicios públicos requieren de confianza por parte de los beneficiarios para su correcto funcionamiento. Estudios recientes señalan que el control por parte de autoridades/organizaciones públicas es una variable que afecta positivamente la confianza en los servicios por parte de los beneficiarios. La confianza es un concepto relacional en el cual un actor (el que confía) deposita confianza en otro actor (el fiduciario) en relación con un dominio particular (Norris, 2022). En el contexto de la Administración Pública, se define la confianza como la disposición de una parte a ser vulnerable a las acciones de otra parte, con la expectativa de que la otra llevará a cabo una acción particular que es importante para quien confía (Grimmelikhuijsen *et al.*, 2021). La confianza se compone de elementos como la benevolencia, el desempeño y la integridad.

Desde esta perspectiva, una mayor provisión de información y un mayor control por parte de las autoridades públicas se presentan como herramientas democráticas, y no como trabas de gestión, dado que tienen el potencial de mejorar el desempeño de estos servicios y, en particular, el bienestar de los beneficiarios.

Bibliografía

- Grimmelikhuijsen, S., Herkes, F., Leistikow, I., Verkroost, J., de Vries, F. y Zijlstra W.G. (2021). Can decision transparency increase citizen trust in regulatory agencies? Evidence from a representative survey experiment. *Regulation & Governance*, 15(1), 17-31.
- Norris, P. (2022). *In praise of Skepticism: Trust but verify*. Oxford University Press.
- Pérez-Durán, I. (2023). Twenty-five years of accountability research in public administration: Authorship, themes, methods, and future trends. *International Review of Administrative Sciences*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00208523231211751>
- Pérez-Durán, I. y Hernández-Sánchez, A. (2024). General and Substantive Accountability of Nursing Home Services: Assessing Messages from the Demand Side and the Supply side. *Journal of Aging & Social Policy*. Accepted for publication.

Pérez-Durán, I. y Hernández-Sánchez, A. (2022). 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*. (57), 77-105. <https://repositori.upf.edu/handle/10230/52484>

Tronto, J.C. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics and Social Welfare*, 4(2), 158-171.

Tronto, J.C. (2020). *¿Riesgo o cuidado?* Fundación Medifé.

5.8 Lenguaje enfermero para la aplicación de políticas de visibilización y mejora del cuidado

Rosa Rifà*

Resumen

La situación actual de la enfermería en nuestro país presenta un escenario profesional de alta especialización que convive con una pobre visibilidad de la profesión, aun cuando es la profesión que mejor puede abordar las necesidades y retos que se plantean al sistema sanitario en esta primera mitad del siglo XXI.

En los últimos años se ha iniciado un proceso de cambio en la práctica enfermera con la introducción de programas informáticos que requieren el uso de la metodología enfermera y de un lenguaje enfermero común, lo que supone un avance en el desarrollo profesional.

Los lenguajes estandarizados en enfermería son uno de los ejes que permiten dar visibilidad y estructura a los nuevos desarrollos profesionales, frente a los riesgos de difuminación que un momento como el actual posibilita. El uso del lenguaje reduce la variabilidad en la práctica asistencial, determinando el nivel adecuado de resultados esperados y estableciendo líneas de actuación para la continuidad asistencial, lo que resulta de la responsabilidad y compromiso profesional de las enfermeras.

Necesidades de cuidado

La situación actual de la enfermería en nuestro país presenta un escenario profesional de alta especialización, con un incremento constante de la formación continuada, posgraduada y especializada, permitiendo una elevada autonomía profesional con aparición de nuevos roles profesionales y una gran conciencia ética y de servicio. Paradójicamente, esta realidad profesional convive con una falta de recursos importante, una

pobre visibilidad de la profesión, una necesidad imperiosa de que las organizaciones y los sistemas se comprometan con el cuidado, y la persistencia de la brecha teoría-práctica (Abdulai-Salifu, *et al.*, 2019). Una mirada prospectiva de los retos para la profesión nos permite evidenciar no solo cambios demográficos hacia una sociedad envejecida, con predominio de patologías crónicas, dependencia creciente y una diversidad cultural importante, sino también cambios actitudinales que vienen de la mano de las incertidumbres y los aprendizajes fruto de la pandemia de la COVID-19 y de los avances tecnológicos (González-Gálvez, *et al.*, 2020).

En este contexto actual, los servicios sanitarios se esfuerzan por orientarse hacia la introducción de una filosofía que propicie una mayor satisfacción de los usuarios, de los profesionales y una adecuada rentabilidad de los recursos (Rifà-Ros, Pérez-Pérez, 2009). En este sentido, el *Pla de Salut 2021-2025* propone avanzar en la transformación del sistema sanitario adoptando una visión más amplia de la salud, que va más allá de la ausencia de enfermedad y que es el resultado de la relación entre las personas, y el entorno físico y social. Así mismo, incorpora nuevas formas de trabajo para lograr una atención más integrada y resolutive, y la necesidad de hacer frente de forma decidida a las desigualdades en salud y sus determinantes con intervenciones transversales. El *Pla* cuenta con unos principios éticos que lo caracterizan: el respeto por las personas, la justicia social y la equidad, el cuidado de las personas y el entorno, y la eficiencia y sostenibilidad (Generalitat de Catalunya, 2021).

La Enfermería, disciplina que contempla a la persona como un ser biopsicosocial y cultural, es la profesión que mejor puede abordar las necesidades y retos que se le plantean al sistema sanitario en esta primera mitad del siglo XXI. El abordaje de campos de actuación que quedaron en un segundo plano cuando el sistema sanitario concebía la actuación profesional desde una perspectiva positivista vuelven a cobrar sentido en la actualidad. La salud se convierte en un fenómeno estrechamente vinculado a las condiciones de vida de la población, que solo puede explicarse mediante un enfoque integral y sistémico. La enfermería incrementa su relevancia en las nuevas concepciones sanitarias que giran en torno al individuo como eje del sistema sanitario, ya que estas concepciones ofrecen la oportunidad de ajustar la actuación enfermera a las pautas culturales, espirituales, sociales, demográficas y psicológicas derivadas de las condiciones de vida que perfilan las, cada vez más, heterogéneas necesidades de las personas y de los que las cuidan (Rifà-Ros, Espinosa-Fresnedo, 2018).

Lenguajes e (in)visibilización profesional

En los últimos años se ha iniciado un proceso de cambio en la práctica enfermera con la introducción de programas informáticos que facilitan y apoyan la realización de los cuidados. Los sistemas informáticos deben posibilitar y facilitar el despliegue de todas las potencialidades que tienen los modelos de enfermería centrados en los planes de cuidados. En este sentido, la terminología enfermera es clave para trabajar con el proceso de

* Enfermera, antropóloga y doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesora de la asignatura Fundamentos de Enfermería y la asignatura Enfermería y Multiculturalidad en la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna-Universitat Ramon Llull. Los ámbitos de experiencia docente y de investigación, fundamentados en una perspectiva marcadamente antropológica y sociocultural, giran en torno a los diagnósticos enfermeros y su uso y conocimiento en profundidad en el marco de la innovación pedagógica y en situaciones de vulnerabilidad (población migrante, perspectiva de género...).

razonamiento clínico enfermero y para el desarrollo de los sistemas de información enfermera, porque ofrece la oportunidad de explorar las bases de datos y agiliza la comunicación revirtiendo en la mejora de la atención a las personas atendidas. El uso de la metodología enfermera y de un lenguaje enfermero común supone un avance en el desarrollo profesional (García-Pérez, 2009).

La estandarización y la creación de software clínico especializado en cuidados enfermeros abren una nueva puerta a la posibilidad de producir información sobre los mismos. Esta información acumulada, producto de cada historia clínica, almacenada en cada consulta que hace la persona a la enfermera, es una potente herramienta para la gestión de los cuidados a un nivel macro, para tomar decisiones sobre grupos de riesgo y para proponer políticas de intervención en grupos diana con diagnósticos de enfermería prevalentes o especialmente importantes. La planificación de la política sanitaria respecto a los cuidados dependerá en el futuro de estos sistemas y de la perspectiva enfermera que apliquemos en la explotación de estos datos.

La disciplina enfermera ha ido creciendo y evolucionando paralelamente a los distintos momentos históricos y se ha ido adaptando a los eventos sociales que se han sucedido a lo largo del tiempo. Desarrollar un lenguaje estandarizado para reflejar la complejidad y diversidad de la práctica enfermera es imprescindible (Domínguez-Alcón, *et al.*, 2018). Así, los lenguajes estandarizados en enfermería son uno de los ejes que permiten dar visibilidad y estructura a los nuevos desarrollos profesionales, frente a los riesgos de difuminación que un momento como el actual posibilita.

Los lenguajes profesionales y los sistemas de clasificación aportan evidencia y ayudan a definir la profesión enfermera y su punto de vista, ya que permiten describir los cuidados enfermeros, comparar datos para la investigación, cuantificar y asignar recursos y elaborar políticas de salud adecuadas a las demandas sociales del momento. Sin un lenguaje, la aportación enfermera se hace invisible en el sistema sanitario y sus valores e importancia no son reconocidos ni valorados (Butcher *et al.*, 2018). El uso de taxonomías contribuye a homogeneizar el lenguaje y la disciplina de los cuidados, reduciendo la variabilidad en la práctica asistencial, determinando el nivel adecuado de resultados esperados y estableciendo líneas de actuación por la continuidad asistencial. Por tanto, es necesario usar los lenguajes para promover el desarrollo del conocimiento profesional y para garantizar la calidad asistencial. Cuando hablamos de lenguaje común en la disciplina enfermera es necesario abordar los diagnósticos enfermeros, los resultados a alcanzar y las intervenciones enfermeras propuestas para lograrlos.

Ética y cuidados

El Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2013) está estructurado a partir de cinco valores:

responsabilidad, autonomía, intimidad/confidencialidad, justicia social y compromiso profesional, y mediante estos valores se detallan las actitudes y comportamientos éticos de las enfermeras que son necesarios para ejercer la profesión. Si nos centramos en el valor de la Responsabilidad, el código recoge que «las enfermeras proporcionamos cuidados enfermeros seguros, competentes, compasivos y conformes con la ética profesional y, al mismo tiempo, rendimos cuenta de nuestras acciones y de las consecuencias que de ellas se derivan en el ejercicio de la profesión». Los comportamientos relacionados con esta competencia profesional y con el garante de la seguridad de la persona atendida implican tener los conocimientos que permiten el control de la toma de decisiones para demostrar la aportación específica en el seno del equipo de salud, respondiendo de las acciones y dejando constancia escrita de todo ello para garantizar la continuidad de los cuidados.

Por otra parte, el valor Justicia social recoge que «las enfermeras nos comprometemos a tratar a las personas con igualdad y a garantizar un acceso equitativo a los cuidados enfermeros, teniendo en cuenta la globalidad de la sociedad y favoreciendo el bien común». Los comportamientos relacionados con este valor implican una gestión de los datos que permita contemplar la importancia de los determinantes de salud, garantizar el acceso a los cuidados enfermeros, a los tratamientos y a los recursos sanitarios y sociales para todos y defender la distribución equitativa de los recursos y la gestión eficiente de los servicios de salud.

Finalmente, el valor Compromiso profesional expresa que «las enfermeras reconocemos la importancia de la profesión enfermera en el seno de la sociedad, y por ello asumimos el compromiso de desarrollarla y mejorarla». Este valor nos habla por una parte de la relación con los colegas, el equipo de cuidados y el equipo de salud, que deben basarse en el respeto mutuo y el reconocimiento de las propias responsabilidades y/o competencias profesionales, y por otro nos remarca la necesidad de participación en los colegios y asociaciones profesionales y en hacernos presentes en la planificación y remodelación de las políticas de salud, trabajando para que la aportación enfermera esté presente.

El lenguaje que usamos refleja nuestra visión del mundo y por lo tanto el lenguaje profesional reflejará la visión que una determinada profesión tiene del mundo. Siguiendo esta línea de razonamiento parece lógico pensar que, cuanto más importante sea algún fenómeno para un grupo, más palabras y conceptos tendrá aquel grupo para expresar ese concepto. El lenguaje enfermero debería, por tanto, contener «muchas» palabras y conceptos relacionados con el hecho de cuidar, ya que, a todos los efectos, ese es el centro de la profesión: el cuidado y cómo los profesionales cuidamos de los pacientes y de sus familias. El uso del lenguaje para cuidar significa trascender el diagnóstico y los lenguajes como meros instrumentos y plantear el cuidado con una actitud de ocupación, preocupación, responsabilización y compromiso con el otro (Guirao, 2008). Ni que decir tiene que todos estos comportamientos están vinculados a los Valores que recoge nuestro código ético.

Tres preguntas para la reflexión final

La cultura (en este caso la cultura profesional) es conocimiento y son valores, y estos se transmiten a través del lenguaje. Si no tenemos un lenguaje propio que describa nuestros patrones de conocimiento y nuestra perspectiva disciplinar, o lo tenemos pero no lo utilizamos para la visibilización de nuestro centro de interés profesional, ¿dónde está la mirada enfermera? ¿Es posible que el sistema sanitario no nos pida esta perspectiva disciplinar porque no hemos sabido explicar lo que ofrecemos? ¿Es ético no desplegar y hacer visibles a nuestros patrones de conocimiento?

Bibliografía

- Abdulai-Salifu, D., Gross, J., Awal-Salifu, M., Ninnoni, P.K. (2019). Experiences and perceptions of the theory-practice gap in nursing in a resource-constrained setting: A qualitative description study. *Nursing Open*. 6, 72-83.
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (2018). *Nursing intervention Classification (NIC)*. (7ª ed). Elsevier.
- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (2013). *Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña*. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya.
- García-Pérez, E. (2009). La gestión de casos en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Ventajas de su inclusión en los Sistemas de Información Enfermera. *Metas de Enfermería*, 12(4), 50-54.
- Generalitat de Catalunya (2021). *Pla de salut de Catalunya 2021-2025*. Direcció General de Planificació en salut.
- González-Gálvez, P., Rifà-Ros, R., Pérez-Pérez, I. (2020). De la teoría a la práctica: innovación pedagógica. En: Rifà-Ros, R., Olivé-Adrados, C., Lamoglia-Puig, M., (eds.). *Lenguaje NIC: para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería*. (2 ed.) (XXVII-XXXI). Elsevier.
- Guirao, A. (2008). «Diagnosticar para cuidar». En Libro VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Ponencias y comunicaciones. AENTDE.
- Rifà-Ros, R., Esinosa-Fresnedo, C. (2018). Lenguaje profesional y ética del cuidado (2018). En: Domínguez-Alcón, C., Kohlen, H., Tronto, J. *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. (p. 33-39). Ediciones San Juan de Dios.
- Rifà-Ros, R., Pérez-Pérez, I. (2009). El llenguatge infermer, un repte per a la infermeria del segle XXI. *Annals de Medicina*. 92, 126-128.

Capítulo 6

Justicia, retos y controversias en el cuidado

Colectivo Minerva*

Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets, Núria Cuxart y Anna Ramió

Visión global del ejercicio ético en las prácticas de cuidado

Necesidad de opciones para la reflexión

Expectativas, experiencia de realidad y preocupaciones

Notas

Bibliografía

* El Colectivo Minerva (www.colectivominerva.cat) es un equipo comprometido con el objetivo de ampliar y fortalecer el conocimiento y la mejora de la calidad del cuidado y del servicio profesional que ofrecen las enfermeras, aportando líneas avanzadas de investigación y reflexión, a nivel nacional e internacional, con la participación de investigadores del cuidado desde una perspectiva ética y sociopolítica. Lo compone Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets Surribas, Anna Ramió Jofre y Núria Cuxart Ainaud. La voluntad del Colectivo Minerva es contribuir a impulsar nuevas iniciativas, en el convencimiento y toma de conciencia del potencial de conocimiento disciplinar existente acerca del cuidado, de la ética del cuidado y de la propia profesión enfermera, como contribución esencial al debate para canalizar propuestas innovadoras de mejora del cuidado y de la práctica enfermera.

Visión global del ejercicio ético en las prácticas de cuidado

El propósito del presente libro, fruto del Seminario VII del Proyecto *Ética y valores del cuidado*, es generar debate acerca de las políticas de cuidados relacionándolas con la construcción de una sociedad más justa, democrática y saludable. Se da prioridad a la perspectiva enfermera que nutre las reflexiones y está presente en diferentes espacios del ámbito sanitario económico y social.¹ Todo ello sitúa esa profesión en lugar privilegiado para considerar los múltiples matices y dimensiones que implican las prácticas de cuidado, teniendo en cuenta el peso e impacto de los cambios drásticos en la trayectoria de la profesión enfermera.²

Las ideas sobre las que trabaja el Colectivo Minerva, con base en las Ciencias de la Enfermería, la Antropología y la Sociología, con la perspectiva del Feminismo, la Filosofía y la Ciencia política y económica entre otras, refuerzan la importancia del conocimiento acerca del cuidado, su comprensión amplia y la necesidad de consensos entre los actores implicados. De manera que una forma de avanzar para que se exprese, explicité y esté presente el cuidado, desde la perspectiva de la ética del cuidado, es «construir contextos innovadores» en los que sea prioritario profundizar cómo las políticas enfocan, mantienen y preservan el bienestar, la calidad de vida y la idea de vida digna, haciendo patente el compromiso del ejercicio ético en el cuidado;³ compromiso que requiere sensibilidad ética en la aplicación de los enfoques, estrategias, medidas, normas y políticas que se establecen, y en la valoración de las que no llegan a tener efectividad real.

Reflexionar sobre esos temas requiere un punto de partida para compartir posicionamientos. La propuesta de Joan Tronto sobre instituciones cuidadoras y las alertas que señala sobre aspectos que pueden llevar al mal cuidado son una aproximación sugerente que muestra la importancia de prestar atención a rendir cuentas en cuanto a poder, propósito y pluralidad (Tronto, 2010). Sin embargo, el camino más difícil siempre es el que va «del saber al hacer» (Tschudin, 2009, p. 291). Los seminarios y las obras que recogen los materiales de todo el Proyecto *Ética y valores del cuidado*, tratan de disponer de referentes conceptuales para la práctica. Se refieren a *justicia, retos y controversias* de la exigencia de ejercicio ético, en la organización y provisión directa de cuidado y en los sistemas de atención, desde la perspectiva de la ética del cuidado. En esa aproximación conviene recordar los trabajos de Gallagher (2009, p. 293-239), que defiende que en la práctica enfermera no solo se «hace», sino que también es necesario «saber, ver y reflexionar» para aspirar a «ser» (p. 294). La autora identifica como elementos de competencia ética: el saber, la visión/percepción, la reflexión, la acción ética y el ser ético.

En este texto se centra la atención en las alertas sobre posibles causas de mal cuidado, con la intención de tener en cuenta las condiciones y/o contextos que pueden promover el buen cuidado. Existe también el interés en avanzar explorando formas innovadoras de

acercamiento a los datos; por ejemplo, mediante el potencial de la IA.⁴ En esta línea, el Chat GPT (Sistema de chat basado en modelo de lenguaje generado por IA/Generative Pretrained Transformer) es una opción a explorar.

Necesidad de opciones para la reflexión

En el presente Seminario, «partir de las alertas» sobre las que previene Joan Tronto, permite presentar, en clave positiva y propositiva, condiciones de buen cuidado, mensajes y orientaciones para las políticas que sugiere cada una de ellas. Centrar la atención en las alertas, con sensibilidad ética, ofrece una perspectiva desde el conocimiento, la reflexión crítica y la voluntad de comprensión de múltiples aspectos a profundizar en contextos dispares, que pueden encaminar la orientación de las políticas hacia el buen cuidado. La visión y análisis detallado de cada una de las alertas (ver capítulo 1) muestra la complejidad a la hora de determinar necesidades de cuidados para avanzar hacia una sociedad más justa. Se presentan ideas, conceptos y sugerencias para que las decisiones de gestión y prestación de cuidados no caigan en la injusticia e incluso puedan atentar a la dignidad de las personas, cosa que puede suceder según se entienda la necesidad de cuidados. Las alertas clarifican que existe un abanico de posibilidades que, como respuesta política, pueden producir situaciones de injusticia y desigualdad a causa de la organización, según los criterios que se establezcan. En suma, interesa identificar opciones enfocadas en el ejercicio ético del cuidado, con la convicción y conciencia de que la ética del cuidado puede revertir la naturalización de la desigualdad y la injusticia. En este contexto, la perspectiva enfermera puede plantear y desarrollar propuestas, estrategias y acciones, o profundizar en aspectos poco analizados. Por ejemplo, puede centrar la atención en valores y actitudes presentes en la profesión, como es el caso de la creatividad, y, aunque todavía tenga escasa presencia visible, sí puede formar parte de múltiples acciones cuya difusión no destaque suficientemente su efectividad. El trabajo de los grupos en el capítulo 4 es ilustrativo al respecto de iniciativas novedosas, probablemente impulsadas desde la creatividad, cuya evaluación puede sustentar argumentos sólidos en la orientación para las políticas.

La creatividad forma parte de los valores estéticos, proporciona bienestar junto a actitudes de sostenibilidad y apreciación y se acompaña de conductas de adaptación del entorno: crear ambientes de trabajo agradables, promover una imagen positiva del cuidar (Ramíó, 2005). Aunque no se contempla de forma explícita en el Código Deontológico (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2013), la creatividad se sitúa entre la responsabilidad y el compromiso. Es importante profundizar en el tema de los valores, que guían los cuidados.

La intervención sobre injusticia y mal cuidado que plantea de la doctora Tronto en el seminario es un enfoque provocador y sugerente en la comprensión de la política como gestión de responsabilidades. Nos habla de ciudadanos desactivados y de la erosión de la

responsabilidad, y analiza tres ámbitos: cuidado de la riqueza, chantaje de la protección e instituciones como máquinas de irresponsabilidad. De ahí, y también de otros ámbitos, surgen varias preguntas que requieren respuesta política. Interesa cambiar nuestro análisis de los sistemas de cuidado –afirma Tronto– y explorar nuevas aproximaciones. La reflexión sobre el desarrollo de la creatividad en los cuidados resulta apropiada y puede ser productiva. Tronto sugiere que la responsabilidad va más allá de los actos individuales que cada uno realiza y que, por ello, ser buen ciudadano requiere plantearse la responsabilidad hacia la sociedad en general. Cabe trasladar esa cuestión al ámbito profesional y plantear qué es ser un buen profesional, incluyendo el grado de responsabilidad que corresponde a cada actor en el seno de las organizaciones profesionales y de las instituciones de cuidados.

Por ejemplo, en perspectiva enfermera, cabe reflexionar acerca de qué papel pueden desempeñar los miembros de esa profesión que, con actitud creativa, aborden temas que están presentes y es importante debatir. La aproximación de Collière (1996) presentando la creatividad como reto es un acercamiento que resulta de interés y apropiado para profundizar en este tema. ¿En qué formas es posible identificarla? ¿Qué aportaría a la situación de ejercicio ético del cuidado y con qué resultados para las personas atendidas? ¿Cómo relacionar la ética del cuidado con la creatividad? Desde la práctica enfermera, ¿qué se puede plantear como conductas de activación de los «ciudadanos desactivados» a los que se refiere Tronto? A su vez, la creatividad puede generar conductas que, frente al cuidado de la riqueza» que denuncia Tronto como aspecto que hace peligrar la democracia, se acerquen a la idea del «cuidado como riqueza» (Durán, 2018), reafirmando que la riqueza es el propio cuidado.

En resumen, los retos y controversias son múltiples en la reflexión a la que nos conduce el cuidado. El Colectivo Minerva sigue empeñado en la tarea de mostrar cómo la presencia del cuidado, desde su perspectiva relacional, contextual e inclusiva, aporta argumentos de «ser» y muestra buenas respuestas desde la práctica enfermera, para que, junto con otros agentes del sistema de cuidados, se avance en proporcionar el mejor cuidado posible a la población.

Expectativas, experiencia de realidad y preocupaciones

Contar con información directa desde la propia práctica de expertos participantes en el Seminario es una fuente valiosa, cuya base es la experiencia vivida. Se les ha considerado «informadores privilegiados, conocedores en directo de lo que ocurre tanto en la práctica cotidiana, como en el contexto de aplicación», de las medidas que regulan las políticas. Todos ellos están en activo, en puestos que incluyen todas las áreas de desempeño profe-

sional, práctica asistencial directa, enseñanza, gestión e investigación. Es una aproximación exploratoria, base para la reflexión y continuidad de acciones, que completa la información presentada en el Seminario VII.

Las *expectativas* identifican temas de interés, persistiendo el deseo y la voluntad de seguir, pero ¿cómo hacerlo? Desde una perspectiva posibilista, de acuerdo con Anne Gallagher (2009), al profundizar en las expectativas expresadas por los participantes en el seminario y recogidas en el capítulo 3 de la presente obra, es posible llegar a «ser» desde el «hacer», ya que la reflexión sobre la práctica incrementa el «saber» desde el «ver y reflexionar».

En esa invitación a seguir explorando es importante el compromiso de cada experto, no solo en la voluntad de seguir, sino también en qué líneas hacerlo, con quien y para qué. Parece algo utópico, pero en el Proyecto hemos aprendido acerca de vías y desarrollos que parecían apenas probables y que inesperadamente se han hecho realidad. De manera que, con humildad y una argumentación bien sustentada, podrían iniciarse pasos en esa dirección en temas que ya se incluyen en las políticas, e introducir otros con creatividad.

Sobre la *experiencia de la realidad*, la información que se obtiene a partir del intercambio en los grupos de trabajo muestra rasgos esenciales de elementos y componentes a tener en cuenta *acerca del buen cuidado y el mal cuidado*. Son temas a decidir en grupo –informadores privilegiados– según evaluación de necesidades y contextos. Por ejemplo, el cuestionamiento sobre el alcance de los límites del cuidado en entornos de dilución de responsabilidad. La puesta en valor del cuidado y la visualización e identificación de actores y servicios necesarios para un buen cuidado, muestra la importancia de invertir en ellos, así como de establecer, favorecer y reforzar la existencia de canales para expresar las necesidades. La evolución de iniciativas, consideradas desde la creatividad, abren un panorama sugerente en el que los aspectos más imaginativos tienen cabida, posibilidad de existencia y desarrollo en nuevas políticas. También en los grupos de trabajo surge la necesidad de mejorar la formación para capacitar a nuevas generaciones con conciencia crítica. Como en tantas ocasiones, es patente la necesidad de gestionar por valores además de actuar con eficiencia, entendiendo esta como la relación entre los recursos más apropiados (no solo económicos) y los resultados obtenidos, y así crecer en efectividad.

Que los participantes hayan vinculado el *buen cuidado* al sacrificio es un aspecto a reflexionar, por las consecuencias de esa consideración hacia las personas atendidas y las cuidadoras. Es preciso generar conocimiento, nuevas pautas y reflexión acerca de ello. Habría que darle una vuelta, por ejemplo, a la importancia del lenguaje profesional inclusivo. Al gestionar es preciso respetar que las acciones de cuidado puedan ser diferentes en función de la cultura. Y apoyar a los profesionales, ya que las decisiones suelen tomarse lejos de donde se realiza el cuidado, lo que puede llevar a desresponsabilizar a algunos agentes, tanto entre los que gestionan como entre los que llevan a cabo el cuidado. También se menciona la preocupación por la pérdida de motivación para realizar el buen

cuidado y la necesidad de indicadores del mismo. En conjunto se trata de abrir un abanico de opciones diferentes, que pueden trabajarse como indicadores.

Existe una *percepción persistente de mal cuidado* con énfasis en su repercusión en la familia, y ejemplos de existencia de sobrecarga y precariedad de trabajo y conductas de evitación del conflicto. Se desconoce la efectividad de las medidas existentes. Los detalles indican esa realidad: el excesivo uso de contenciones o la escasa empatía con la persona atendida, la necesidad de mejor integración de los servicios sanitarios con los sociales y la poca consideración por la seguridad, tanto de las personas atendidas como de quienes las cuidan, siguen siendo ejemplos de aspectos que muestran el mal cuidado. Del mismo modo, se hace patente que las condiciones de trabajo importan, así como las estructuras y aspectos relacionados con la práctica tecnológica y los medicamentos.

Prevenir el mal cuidado requiere homogeneizar la cartera de servicios, convenios y accesibilidad, frente a la excesiva centralidad actual de la eficiencia económica. Es esencial incorporar indicadores éticos para poder conectar con experiencias que profundicen en las competencias éticas. Todo ello muestra la necesidad de formación y consultoría para desarrollar la práctica ética, a impulsar desde la práctica enfermera.

En resumen, se trata de identificar diferentes ámbitos y de medir/cuantificar resultados. Los distintos temas que han surgido pueden constituir una hoja de ruta inicial, pero es preciso que desde la práctica enfermera se ocupen los espacios del «hacer», «ver», «saber», «reflexionar» y «ser» que defiende Gallagher.

En cuanto a las *preocupaciones* en el ejercicio ético del cuidado, podríamos pensar que el material de base lo constituyen las aportaciones individuales adicionales, entendidas como los aspectos que los participantes desean que tengan presencia en el debate sobre políticas de cuidado (ver capítulo 5). Temas que son de alcance y potencia en su individualidad y en el conjunto que explicitan: (a) voz y autoridad de las mujeres en el cuidado; (b) desafíos éticos y políticos en el cuidado; (c) competencias éticas como protectoras de salud; (d) protagonismo del cuidado frente al Estado y el mercado; (e) relación entre cuidado y justicia; (f) cuidado comunitario como contribución al bienestar; (g) gobernanza de instituciones y políticas de cuidado a personas mayores; (h) lenguaje enfermero y políticas de visibilización y mejora del cuidado.

Notas

1. Los datos muestran los avances en la ampliación y consolidación de conocimiento enfermero, en el cambio de ideologías sobre la profesión enfermera, en especial en cuanto a la autonomía y en la adhesión a valores que evolucionan y se refuerzan dando paso a nuevas formas de expresión (Domínguez-Alcón, 2017, 2023, 2024).
2. Pasando de la más estricta subordinación (inicios del siglo xx) con el mandato de cumplir órdenes médicas, a ordenar y prescribir cuidados, (inicios del siglo xxi). La evolución en las ideologías, en la profesión enfermera, ilustra bien ese proceso.
3. Cambios de orientación en la política de los gestores y dirección de las unidades, así como en el ajuste de normas u otros, que diluye la responsabilidad institucional o la de algunos agentes.
4. Es un enfoque atractivo en el que explorar posibilidades, y muestra opciones sugerentes en cuanto a predicción, fijación de objetivos, gestión, apoyo a decisiones, control de calidad y evidencias reales, entre otros aspectos positivos, no exentos de riesgos, sobre los que conviene conocer y reflexionar.

Bibliografía

- Collière, M.F. (1996). *Soigner le premier art de la vie*, París. Interditions.
- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (2013). Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya.
- Domínguez-Alcón, C. (2017). *Evolución del cuidado y profesión enfermera*. Ediciones San Juan de Dios, p. 681.
- Domínguez-Alcón, C. (2023). Arte del cuidar y práctica enfermera: Evolución de saberes, ideologías y valores. En F. Castro-Molina, N. Rodríguez. *Libro de actas del XVII Congreso Nacional y XII Internacional de Historia de la Enfermería* (p. 43-49). https://www.researchgate.net/publication/376886125_LIBRO_DE_ACTAS_XVII_CONGRESO_NACIONAL_Y_XII_CONGRESO_INTERNACIONAL_DE_HISTORIA_DE_LA_ENFERMERA. Tenerife/virtual, 6,7 y 8 de octubre de 2021.
- Domínguez-Alcón, C. (enero de 2024). Cuidados y profesión enfermera en España. Evolución en la construcción de los saberes del cuidado. Hacia el futuro entre el círculo virtuoso del buen cuidado y vicioso del mal cuidado. En *Aula Internacional Marie Françoise Collière*, Universidad Las Palmas de Gran Canaria. Congreso celebrado en el marco del Aula Internacional de Las Palmas de Gran Canaria.
- Durán, M.A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Universidad de Valencia.

- Gallagher, A. (2006). *The teaching of nursing ethics: content and method. Essentials of teaching and learning in nursing ethics: perspectives and methods*. Churchill Livingstone.
- Gallagher, A. (2009). Enseñanzas de la ética en enfermería: contenido y método. Fomento de la competencia ética, En A.J. Davis, V. Tschudin y L.E. Raeve (ed.) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza* (p. 293-313). Tricastela.
- Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales: Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. [Tesis doctoral. Universitat de Barcelona]. Tesis Doctorals en Xarxa (TDX). https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43007/1/ARJ_TESIS.pdf
- Tronto, J. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality and Purpose. *Ethics and Social Welfare*. 4, 158-171. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17496535.2010.484259>
- Tschudin, V. (2009). Introducción en A.J. Davis, V. Tschudin y L.E. Raeve (ed.) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza* (p. 291). Tricastela.

Consideraciones finales

Joan C. Tronto*

Algunos temas que surgieron de la discusión

Más allá del «agregar cuidado y revolver»

Bibliografía

* Joan C. Tronto es profesora emérita de ciencias políticas en el Hunter College, el Graduate Center de la City University de Nueva York y la Universidad de Minnesota. Es autora de muchos textos sobre ética del cuidado, incluyendo alrededor de 50 artículos en diversos libros, entre los que destacan *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethics of Care* (Routledge, 1993), *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice* (NYU Press, 2013) and *Who Cares: How to Reshape a Democratic Politics* (2015). En 2023 recibió el premio Lippincott Award por su destacado trabajo en teoría política de la Asociación Estadounidense de Ciencias Políticas. Obtuvo una beca Fulbright que realizó en Italia y ha recibido el título de Doctora Honoris Causa de la Universidad de Estudios Humanísticos de los Países Bajos y de la Universidad de Lovaina en Bélgica. Su obra ha sido traducida a más de una docena de idiomas.

En esta reflexión final me gustaría comentar algunos de los temas que surgieron durante nuestras discusiones tras presentar el texto que se incluye aquí como capítulo 2, y hacer algunas observaciones finales sobre las agendas para el futuro. El cuidado ahora recibe más atención que antes, pero, que este cambio sea o no transformador, depende de cómo lo pensemos y actuemos en consecuencia.

Algunos temas que surgieron de la discusión

En mi ensayo sugerí que debemos prestar especial atención al mal cuidado. Argumenté que corregir el mal cuidado será, en última instancia, más productivo que simplemente especular sobre el buen cuidado (o, peor aún, felicitarnos por ser buenas personas porque «nos preocupamos por el cuidado»). En las discusiones que siguieron, muchos de los temas y preocupaciones que surgieron reflejaron este punto de partida. Permítanme discutir cuatro de ellos.

1. Dificultades de la burocracia. Todos los grupos de participantes en el seminario mencionaron la «hipertrofia burocrática» como un problema a superar. En general, estoy de acuerdo con este punto y menciono con frecuencia que reducir jerarquías innecesarias y hacer que los procesos sean más democráticos es una buena manera de avanzar. Pero el hecho de que todos veamos esto como un problema me plantea una pregunta interesante. Si todo el mundo piensa que hay demasiada burocracia, ¿por qué la situación nunca mejora? ¿Podría ser que «burocracia» sea una palabra que represente un problema diferente (¿y tal vez mayor)? Propongo que sería bueno que en todas nuestras instituciones revisáramos periódicamente por qué y cómo producimos registros, reclamamos datos, solicitamos firmas, etc. Por un lado, los estudiosos de la burocracia sostienen que los procedimientos burocráticos son racionales por naturaleza. Por otro lado, las cosas son «racionales» cuando sirven a un propósito. Podríamos preguntarnos, entonces: ¿este proceso, paso o firma adicional se hizo necesario debido a un riesgo? ¿a una necesidad de supervisión? ¿a una falta de confianza? ¿a un deseo de control? ¿qué intereses se beneficiarían haciendo este proceso más engorroso? ¿funciona en relación a los fines últimos del proceso o solo sirve para ayudar a los gerentes a ejercer su poder? Este tipo de preguntas podrían ayudarnos a racionalizar las formas de pensar burocráticas.

2. Universidades indiferentes. En muchos de los comentarios había una sensación de que las universidades son básicamente indiferentes a sus estudiantes, profesores y personal. Este es uno de los aspectos en los que podría resultar útil centrarse en «aceptar el mal cuidado». ¿Qué hace que la universidad sea indiferente? Podría argumentarse que tiene que ver con la complejidad de los propósitos que la universidad contemporánea debe cumplir. Una de sus funciones es seguir siendo un depósito de conocimientos y uno de sus principales objetivos es transmitir este conjunto de conocimientos existentes a las nuevas generaciones de estudiantes. Una segunda función es la de crear nuevos conoci-

mientos. Un tercer conjunto de funciones exige que la universidad sea relevante para la sociedad que la rodea. Un cuarto conjunto de funciones es promover la industria, las ciencias de la salud y otras áreas de conocimiento aplicado. Finalmente, las universidades deben equilibrar todos estos fines al mismo tiempo que ser grandes empleadores, competidores en los mercados para estudiantes, donantes e inversores y, por lo general, también mantener enormes infraestructuras físicas. ¿Dónde exactamente deberían ubicarse las instituciones universitarias? (Aunque gran parte de la discusión en el seminario fue sobre «universidades», probablemente podríamos sustituir la palabra en las frases anteriores por los nombres de otras grandes instituciones de cuidados, como hospitales, hogares de ancianos o guarderías y obtener resultados similares).

Tal y como escribí en 2010,

La complicación es que en las instituciones de cuidados hay muchos conjuntos y niveles de necesidades. La posibilidad de fines conflictivos dentro de las instituciones es un problema de calado si se considera que tienen un solo propósito y una sola mente. Así como todos los individuos tienen muchos fines, también los tienen dentro de las organizaciones, y también las organizaciones tienen muchos fines (Tronto, 2010, p. 168).

Sostengo que no hay una respuesta fácil a estas preguntas sobre el lugar adecuado para el cuidado y, de hecho, la «política» ordinaria de lucha entre diferentes visiones de las mejores formas de cuidado es intrínseca al cuidado. Pero puede ser útil enmarcar estas cuestiones como disputas sobre propósitos y formas apropiadas de cuidado, en lugar de esconderlas detrás de ideas como «necesidades presupuestarias». Exponer estas ideas a la luz del día y a un debate razonable es, probablemente, una forma más democrática y responsable. Incluso si las universidades eligen priorizar diferentes combinaciones de cuidados, enmarcar estas decisiones como diferentes puntos de vista sobre el cuidado deja claro que estas instituciones pueden ser, o no, genuinamente indiferentes.

3. Tensiones por la responsabilidad. Muchos de los grupos exploraron formas en las que las responsabilidades no están claramente asignadas o entran en conflicto entre sí. Un grupo señaló que a menudo «demasiadas personas» tienen responsabilidades; en el informe de Montse Montaña algunos pedían un código ético que fuera más allá del nivel individual. Entonces, ¿dónde debería residir exactamente la responsabilidad? He sostenido que esta es la cuestión política central para la ética del cuidado. No es sorprendente, entonces, que tan pronto como la gente intenta pensar sistemáticamente en el cuidado, surja este problema. La solución, nuevamente, es colocar ese conflicto en el lugar que le corresponde, como aspecto nuclear.

Por supuesto, es fácil evitar estas cuestiones de responsabilidad etiquetándolas como algo más. En un grupo que discutió las «malas comunicaciones», se mencionó una manera diferente de pensar sobre las cuestiones de responsabilidad. Pero en mi experiencia, pensando ahora especialmente en los comités de ética de los hospitales, la mala comunicación

no trata solo de mala comunicación, sino también de la sustancia de lo que vale o no vale la pena comunicar. Las personas que trabajan en el sector de la salud suelen ignorar de dónde «vienen» las personas con las que hablan. Es posible que el público en general no sepa mucho sobre medicina o salud. ¿Qué sabemos de lo que saben sobre la enfermedad o el final de la vida, o sobre sus creencias religiosas, o sobre sus consideraciones acerca de votar o no a la izquierda por considerarlo inútil? Una colega enfermera mía en Minnesota solía hacer esta pregunta a los médicos que experimentaban «problemas de comunicación»: ¿el paciente va a morir a pesar de las medidas extraordinarias propuestas? «Oh, sí», decían los médicos. Pero la familia no lo sabía. Esto parece una mala comunicación, pero en realidad es una cuestión diferente en cuanto al encuadre de todo el escenario. Para mí, este tipo de cuestiones es en lo que la gente debe centrarse para mejorar la «comunicación». El problema no es realmente la comunicación, sino la responsabilidad de comunicarse abierta y honestamente con personas que se encuentran en diferentes lugares.

4. Hacer que la atención sea pluralista. Finalmente, muchos de estos problemas –«demasiada gente» involucrada, instituciones indiferentes, incluso procesos excesivamente burocratizados– también reflejan la realidad de que las ideas de otras personas sobre cómo cuidar pueden no coincidir con nuestro sentido de lo que es necesario. Esto se debe a que el cuidado es, en cierto modo, tanto al dar como al recibir relaciones, profundamente personal. Y, por lo tanto, debe ser lo más pluralista posible para poder dar cabida a todo tipo de preferencias. Un caso reciente de buen cuidado es el Premio Internacional de Innovación Urbana de Guangzhou, que fue otorgado a Gwangju en 2023, en la República de Corea: un proyecto en el que se enviaba a trabajadores de cuidados a los hogares para preguntar a las personas qué cuidados necesitaban –cuidados que supuestamente la ciudad podía ayudarles a satisfacer–, en lugar de sugerirles cuáles eran sus necesidades (Premio Internacional de Guangzhou a la Innovación Urbana, 2023).

Todos estos problemas que los participantes plantearon en el debate son problemas genuinos y graves, pero al tratar de ponerlos en una perspectiva de cuidado transformadora, podríamos discernir cómo crear respuestas.

Más allá del «agregar cuidado y revolver»

Hace mucho tiempo, la académica y activista feminista Charlotte Bunch advirtió que las demandas feministas no podían satisfacerse simplemente mediante la fórmula de «agregar mujeres y remover» (Bunch, 1987). Su punto de partida era que, en cuanto se incluyera a las mujeres, los viejos conceptos y marcos que dependían de su subordinación y exclusión necesariamente tendrían que cambiar. De la misma manera, la ética del cuidado requiere algo más que el simple reconocimiento de que el cuidado es una consideración importante. Requiere que reconozcamos que nuestro mundo conceptual parte de una base que desestima y devalúa el cuidado. Para situar el cuidado en el centro de nuestra

forma de pensar, será necesario transformar muchos de los conceptos y marcos que hemos utilizado en el pasado. No debería sorprendernos que esta revisión sea un proceso difícil. Sin embargo, es el trabajo esencial que ahora debemos realizar. Algunos estudiosos han descrito explícitamente dónde podría comenzar dicha transformación. Un grupo de académicos alemanes publicó un ensayo pospandémico, «¡Tiempo de limpieza! Rediseñando la atención después del Corona», que detalla una serie de pasos, incluida la sugerencia de que el cuidado debe «integrarse» de la misma manera que se ha integrado el género en las últimas décadas (care-macht-mehr.com, 2020). Maggie Fitzgerald, una académica canadiense experta en cuidado, imaginó cómo sería tener un Departamento de Cuidados que funcionara de manera muy similar a como lo hacen ahora las oficinas presupuestarias gubernamentales. Un departamento de este tipo evaluaría constantemente qué impacto están teniendo las políticas gubernamentales en la prestación y las relaciones de cuidado:

Si la ética del cuidado se tomara en serio como punto de partida desde el cual se establecieran las prioridades y se midieran los resultados de las políticas, un Departamento de Cuidados tendría el potencial de reemplazar la centralidad de los departamentos de finanzas y sus valores económicos. Al igual que otros departamentos ahora tienen la responsabilidad de informar sobre presupuestos y gastos al Departamento de Finanzas, con un Departamento de Cuidados, también tendrían que informar y justificar cómo sus decisiones, planes y programas pueden influir en las relaciones de cuidados en todas sus facetas (Fitzgerald, 2020, p. 260).

Estos proyectos de replanteamiento también podrían funcionar bien en el mundo de la medicina o la educación, si intentáramos pensar de manera más sistemática desde una perspectiva de cuidados. Por ejemplo, imaginemos cómo se ve, funciona y cuida un hospital, no desde el punto de vista de los médicos o enfermeras, sino desde la perspectiva del paciente. Para el paciente, diferentes personas aparecen y desaparecen a lo largo del tiempo que pasa en el hospital: los médicos son muy importantes, al igual que las enfermeras (y gran parte de su trabajo puede no ser visible o legible para los pacientes), pero los demás también son importantes; tal vez el celador que habla su dialéctica, un familiar que lo visita, un consejero pastoral, el gestor de casos que determina cómo continuará el cuidado después del hospital... ¿Cómo pueden combinarse todas estas perspectivas para lograr el resultado más solidario? Este será un desafío continuo en organizaciones complejas. Todavía no tenemos un modelo adecuado para el trabajo que haría semejante «departamento de cuidados» porque no entendemos completamente, desde el punto de vista del cuidado, cuáles podrían ser todas estas preocupaciones.

Esto me lleva al último punto que deseo incluir en estas reflexiones sobre las posibilidades futuras del cuidado. El cuidado se ha convertido en un tema ampliamente discutido y reconocido en los últimos años; las Naciones Unidas incluso han designado el 29 de octubre como el Día Internacional del Cuidado y el Apoyo (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2023). Pero, como advirtió Care Collective, limitarnos a hablar de cuidados

podría convertirse en un «lavado de cuidados» en el que no se produce ningún cambio real (Care Collective, 2020). ¿Puede el cuidado ser la base de un cambio transformador y no convertirse simplemente en otra palabra de moda? Ese resultado depende de nosotros y de si insistimos en que las instituciones existentes cambien para ser verdaderamente solidarias, o en que creemos nuevos conjuntos de instituciones para lograr el tipo de transformaciones radicales necesarias. Sin embargo, una cosa está clara: estamos en el camino de un descuido cada vez mayor de las personas, el medioambiente y el planeta mismo. A menos que cambiemos nuestro rumbo, traeremos el desastre a nuestras descuidadas cabezas.

Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas (2023). Día Internacional del Cuidado y Apoyo. En *Naciones Unidas*. Nueva York.
- care-macht-mehr.com (2020). «¡Hora de limpiar! Rediseñando la atención después del Corona». Última modificación en agosto de 2020, consultado el 14 de octubre. <https://care-macht-mehr.com/clean-up-time-redesigning-care-after-corona/>
- Colectivo de Cuidado, El (2020). *Manifiesto del cuidado: la política de la interdependencia*. Londres: Verso Publishers.
- Fitzgerald, M. (2020). «Reimaginar el gobierno con la ética del cuidado: un departamento de cuidado». *Ética y Bienestar Social* 14 (3), 248-265. doi: 10.1080/17496535.2020.1746819
- Manojo, C. (1987). *Política apasionada: teoría feminista en acción: ensayos, 1968-1986*. Nueva York: St. Martin's Press.
- Premio Internacional de Guangzhou a la Innovación Urbana. 2023. «Cinco ciudades ganan el sexto Premio Internacional de Innovación Urbana de Guangzhou.» Última modificación el 8 de diciembre de 2023, consultado el 6 de febrero. <http://www.guangzhouaward.org/a/3469.html?lang=en>
- Tronto, J.C. (2010). «Creación de instituciones solidarias: política, pluralidad y propósito». *Ética y Bienestar Social* 4 (2), 158-171.

Colección Seminario ética y valores del cuidar

Títulos de la colección:

El futuro del cuidado

Edicions San Juan de Dios y Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona
Octubre de 2017

Nuevas políticas del cuidar

Edicions del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona
Septiembre de 2018

Tecnologías y nuevas relaciones en el cuidado

Edicions del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona
Septiembre de 2019

Ética del cuidado, innovación inclusiva y calidad asistencial

Edicions del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona
Noviembre de 2020

Compromiso con el cuidado y la ética del cuidado. Desarrollo teórico y aplicación práctica

Fundació Víctor Grífols i Lucas
Noviembre de 2022

Cuidado y ética del cuidado: necesidades y evidencias para investigar y avanzar

Fundació Víctor Grífols i Lucas
Septiembre de 2023