

Relaciones de cuidado y capital social: una mirada desde la innovación sociosanitaria

contenidos principales de la conferencia de clausura de la jornada organizada para el 15 de mayo de 2015 en Barcelona

Los seres humanos nacemos muy vulnerables y sólo podemos sobrevivir y desarrollar nuestras potencialidades como personas en la medida en que somos cuidados por otros seres humanos. Hablamos de cuidado, normalmente, cuando las limitaciones funcionales de una persona (cuidada) requieren que otra (cuidadora) se responsabilice de forma relativamente importante o intensa de la satisfacción de sus necesidades más básicas. El cuidado es una forma de relación fundamental o una dimensión básica dentro de las relaciones interpersonales.

Cuando unos seres humanos *traen* a otro al mundo se genera con él un vínculo que, incluso antes del propio nacimiento, entraña responsabilidades familiares y, específicamente, una relación de cuidado. Es tal la vulnerabilidad de la criatura que ha venido al mundo y tal el cuidado que quienes la han concebido sienten, normalmente, que deben proporcionarle, que cabe identificar un universal antropológico respecto a que ese vínculo y esa relación se producen en clave, fundamentalmente, de *gratuidad*, de *don*, es decir, que los progenitores brindan ese apoyo o ayuda (que, al menos inicialmente, es cuidado) voluntariamente, sin verse obligados externamente y sin tener seguridad de que se recibirá algo a cambio (aunque es razonable una expectativa de reciprocidad). Esa relación de cuidado, en condiciones normales, está atravesada de emociones, sentimientos o afectos que solemos resumir y expresar hablando de apego, confianza y, en definitiva, amor.

Antes o a partir de esa inicial asimetría y gratuidad propia de la relación entre personas con vínculos familiares y, en general, comunitarios, las relaciones primarias podrán evolucionar hacia (o venir desde) situaciones más simétricas (en capacidades y necesidades de las partes) en las que se esperaría una cierta reciprocidad, que no debiera ser confundida con el intercambio (propio de la esfera del mercado). Cuando Carol Gilligan reivindica la experiencia, la lógica y la ética del cuidado (mucho más presente, históricamente, en las mujeres que en los varones) como una propuesta moral y vital aplicable más allá de las estrictas relaciones de cuidado (y, socialmente, complementaria de la ética de la justicia) nos sugiere que esa experiencia, esa lógica y esa ética puede permear relaciones que no sean estrictamente de cuidado y ello sería de aplicación, por razones de proximidad y continuidad, al conjunto de relaciones familiares y comunitarias. Lógicamente, la diversidad de estructuras y valores de las familias y comunidades y de las personas conducirá a unas u otras manifestaciones de esa reciprocidad y determinará, por ejemplo, en qué medida y de qué manera las personas se sienten llamadas u orientadas al cuidado de su pareja, un progenitor u otros miembros de su familia o de su

comunidad en situación de dependencia funcional (con independencia de que dicha dependencia funcional aconseje también el concurso, en mayor o menor medida, de otros agentes de cuidado, en su caso profesionales).

Las relaciones familiares junto a otras comunitarias componen el conjunto de las llamadas *relaciones primarias*, por oposición a las propias de la socialización secundaria, que se realiza en el contacto de la persona con otras organizaciones e instituciones a las que accede cronológicamente después de socializarse en la familia (como la escuela, la asociación o la empresa). No parece cuadrar bien a las relaciones comunitarias el adjetivo de *informales*, puesto que en buena medida –sobre todo en el caso de las familiares– se trata de relaciones formalizadas, institucionalizadas y reguladas por leyes y otras normas (aunque no necesariamente jurídicas). La familia es el espacio primario en el que solemos experimentar y aprender en primera instancia lo que son las relaciones entre varones y mujeres y entre generaciones.

En cuanto al papel de las redes primarias no familiares en los cuidados, haremos referencia a Serge Guérin, que es una de las personas que desde las ciencias sociales y el activismo cívico está contribuyendo de forma significativa a la visibilidad y reconocimiento de las personas cuidadoras en Francia. Es interesante señalar que, dentro de las personas cuidadoras no profesionales (unos 3,5 millones en Francia), un 18% no tiene vínculos biológicos o civiles con las personas a las que cuidan. Cabe suponer que el dato no será muy diferente en España. No es despreciable, por tanto, el aporte de las redes comunitarias no familiares en materia de cuidado. Serge Guérin habla de la revolución silenciosa de los cuidados, revolución silenciosa llevada a cabo en buena medida por personas mayores que cuidan en la comunidad y con niveles relativamente altos de satisfacción.

Si entendemos el *capital social* como un conjunto de vínculos o relaciones, cabría referirse al *apoyo social* (o la ayuda, la solidaridad) como una parte o dimensión de ese conjunto de vínculos y relaciones y al *cuidado* o los *cuidados* como una parte o dimensión de los apoyos. Serían tres muñecas rusas: relaciones, apoyos, cuidados. Entendemos que, en principio, la esfera comunitaria, la esfera de las relaciones primarias, sería el mundo en el que rige la lógica de la reciprocidad y aquél al que corresponden los bienes relacionales, según este cuadro:

Esfera	Bienes	Lógica
Comunidad	Relacionales	Reciprocidad
Estado	Públicos	Derecho
Mercado	Privados	Intercambio
Iniciativa social	Comunes	Solidaridad

También conviene señalar en este momento que, si bien hemos hablado de un universal antropológico que proyecta a las personas hacia el cuidado y el apoyo familiar y comunitario y del valor e impacto que tiene para la calidad de vida el capital social (y esta parte o dimensión en particular), no debemos olvidar que con el capital social pasa como con el colesterol, que hay del bueno y del malo. Hay bienes relacionales y hay males relacionales. Una cosa es

decir que el capital relacional familiar y comunitario es, en principio, un factor y promotor de la calidad de vida de las personas y otra cosa es desconocer los fenómenos de maltrato intrafamiliar, control punitivo, identificación excluyente u otros que se pueden dar (y se dan muchas veces) en el seno de las relaciones familiares y comunitarias realmente existentes.

Por otro lado, adoptando el concepto de colonización que utiliza Jürgen Habermas, cabría decir que cada esfera o ámbito de acción y relación entre las personas tiene sentido en y por el valor añadido que aporta y se pervierte y pervierte la vida social en la medida en que su lógica coloniza el espacio que no le corresponde. Es de sentido común y esperable que un padre se interese más por lo que le pasa a su hija que por lo que le pase a María Martínez (a quién no conoce). Lo que no es de recibo es que si su hija y María Martínez se presentan a una oposición pública, él haga algo, desde dentro de la Administración, para beneficiar a su hija. En este sentido se ha hablado del familismo amoral.

Lógicamente, en lo tocante a los cuidados o a otros apoyos (en lo tocante a la educación, por poner otro ejemplo), las personas necesitamos, también, atención formalizada o profesional (gestionada por la esfera pública, por la privada o por la iniciativa social), pero ha de entenderse que no se trata del mismo *producto* con dos *proveedores* diferentes, sino de diferentes procesos y efectos: hay aspectos o dimensiones del cuidado (o, en general, de los apoyos) que sólo pueden ser fruto de relaciones familiares o comunitarias, del mismo modo que hay aspectos o dimensiones del cuidado (o apoyos) que sólo pueden ser obra de profesionales en el marco de relaciones formalizadas. No hay *equivalencia funcional* entre las diferentes esferas implicadas en nuestro bienestar. Si me da de comer mi madre o un auxiliar domiciliario no habrá posiblemente mucha diferencia en términos de nutrición, pero ambos acontecimientos son radicalmente diferentes, si los tomamos globalmente.

Nos parece especialmente relevante comprender la dinámica mediante la cual en la evolución histórica de las sociedades y las culturas se van produciendo los procesos de formalización, profesionalización e institucionalización de lo que llamamos cuidado (similar a los procesos de formalización, profesionalización e institucionalización de otras actividades como la educación, la curación o el alojamiento). Estaríamos hablando de los procesos mediante los cuales una actividad que se ejercía únicamente en o desde las redes, bagajes y relaciones familiares y comunitarias (también llamadas naturales o primarias) pasa a realizarse (o pasa a realizarse *también*) de forma organizada, remunerada, basada (directa o indirectamente) en el conocimiento científico y técnico.

En primer lugar, parece relevante señalar que el surgimiento de cuidados formalizados, profesionalizados e institucionalizados no hace desaparecer los cuidados familiares y comunitarios. Éstos tampoco permanecen invariables, sino que se producen interrelaciones (que pueden ser de diverso tipo) entre el cuidado primario y el profesionalizado. Interrelaciones en clave de diferenciación recíproca e influencia mutua. El cuidado profesional aparece porque resulta necesario en muchos casos y puede hacer una aportación

valiosa para la satisfacción de las necesidades y la calidad de vida de muchas personas, pero, hasta cierto punto, en diversos sentidos y para lo que toca a determinados valores, no puede sustituir al cuidado familiar y comunitario (lo mismo pasaría, por ejemplo, con la educación). No habría, por tanto, un juego de suma cero entre cuidado familiar y profesional sino una multiplicación de la capacidad instalada y del valor agregado compartido para hacer frente a la complejidad.

Hoy y aquí, se puede observar, a la vez, la existencia de importantes obstáculos culturales y de otros tipos para la profesionalización de los cuidados y la destrucción de una cultura del cuidado familiar y comunitario que se produce en un contexto de incorporación de las mujeres al empleo remunerado (o a su expectativa) sin una adecuada reorganización familiar, laboral y social y, en todo caso, con una limitada incorporación de los varones al ejercicio de los cuidados familiares y comunitarios. Esto está afectando a la crianza y educación de hijas e hijos y, más todavía, al cuidado y atención a otras personas con limitaciones funcionales.

En segundo lugar, parece relevante señalar que, en el proceso de profesionalización de los cuidados, éstos pasan a ser realizados por profesionales y organizaciones que se encuadran en determinados sectores de actividad (y, en su caso, en determinados sistemas públicos de servicios). Así, habrá cuidados que se proporcionarían desde el sector (y el sistema) sanitario. Otros desde el sector de la hostelería. Otros desde el sector del servicio doméstico. Sin embargo, entiendo que es el sector (y el sistema) de los servicios sociales el sector (y sistema) de referencia en el que fijarnos prioritariamente para hablar, hoy y aquí, de la profesionalización del cuidado.

Es más, el proceso de profesionalización de los cuidados y el proceso de reconfiguración de los servicios sociales como servicios potencialmente interesantes para toda la población (y, por tanto, potencialmente universalizables) son procesos que se alimentan y dinamizan mutuamente (o que, por el contrario, cuando no avanzan, se lastran o cortocircuitan mutuamente). Nos hemos atrevido a proponer un concepto de interacción humana para intentar explicar cuál es el bien que protegen y promueven los servicios sociales, es decir, para qué nos sirven los servicios sociales. Y lo que decimos es que, del mismo modo que los servicios sanitarios se ocupan de nuestro estado de salud, los servicios sociales se ocupan de nuestro estado de interacción, definida específicamente como autonomía funcional (capacidad interdependiente para el desenvolvimiento cotidiano) e integración relacional (vinculación familiar y comunitaria en clave de reciprocidad). Ese estado o proceso que denominamos interacción es, por tanto, relación familiar y comunitaria y tiene, desde luego, un componente de cuidado en muchos momentos.

Aplicado al caso de los servicios sociales (y si entendemos que la finalidad de éstos es la protección y promoción de la autonomía funcional y la integración relacional), los cuidados profesionales que se proporcionen desde dicho ámbito deberán incardinarse en procesos y estrategias de intervención orientadas a potenciar en lo posible la capacidad de autocuidado de las personas y el

cuidado familiar y comunitario. No estamos hablando, por tanto, de una (por otra parte imposible) sustitución sino de una (deseable) complementación y sinergia. Siempre, desde luego, respetando la dignidad humana, la autonomía moral, la libertad de elección y la legítima diversidad de modelos familiares y comunitarios por los que pueden optar las personas.

Desde el concepto de servicios sociales que estamos planteando, la protección y promoción del autocuidado (en general de la autonomía funcional) y de los cuidados recíprocos en la esfera familiar y comunitaria (en general de la integración relacional) constituyen la finalidad de los servicios sociales. Finalidad a la que, por otra parte, el resto de servicios y políticas pueden coadyuvar en la medida en que apliquen un enfoque comunitario. Desde esta perspectiva, los cuidados (y en general apoyos) profesionales buscarán siempre, tanto como sea posible, aumentar la capacidad y disponibilidad de las personas para cuidar y apoyar en el seno de relaciones familiares y comunitarias.

El control de la natalidad y el avance en la conciencia de la igualdad entre mujeres y hombres lleva al cuestionamiento de la tradicional división sexual del trabajo. Va desapareciendo, cada vez en más países, el predominio de la familia nuclear tradicional de carácter patriarcal y se diversifican los tipos de familia y los modos de convivencia. Por otra parte, nos encontramos ante la prolongación de la esperanza de vida y el aumento de las situaciones de limitación funcional y necesidad de apoyo. A la confluencia de estos fenómenos y a sus consecuencias podemos llamarla “crisis de los cuidados”. Tomar conciencia de la crisis de los cuidados es darnos cuenta de hasta qué punto el sistema clásico de bienestar (y su correspondiente modelo social) había dado por descontados mecanismos fundamentales para la sostenibilidad de la vida, para la reproducción de la vida, para la calidad de vida, para la vida buena, para el mundo de la vida de las personas. En buena medida habían pasado desapercibidos, habían sido invisibles para la economía, las ciencias sociales o la política una serie de fenómenos. Se ha denominado *biopolítica* a esta aparición o reaparición en la arena pública y en la agenda política de estas cuestiones (*issues*). Al respecto, en muchas ocasiones ha recuperado Imanol Zubero la reflexión de Herbert Marcuse sobre la rebelión del instinto de vida contra el instinto de muerte socialmente organizado.

En este contexto emergen con fuerza preocupaciones y propuestas relacionadas con la gestión flexible de las actividades diversas a lo largo del ciclo de vida de las personas y las relaciones intergeneracionales; la conciliación de la vida personal, familiar y laboral y los horarios para la vida cotidiana, la calidad ambiental de la vida urbana; o la igualdad entre mujeres y hombres y, en general, entre las diversas categorías o clases de personas. La agenda política y social clásica centrada en disputas sobre recursos económicos entre clases sociales se ve aumentada y reconfigurada con nuevos asuntos y análisis.

Esta crisis de los cuidados y los fenómenos relacionados con ella (como los cambios en la pirámide demográfica y el perfil de morbilidad y funcionalidad y las transformaciones cambios en la dinámica y estructura de las familias y en la

división sexual del trabajo) no pueden ser leídos sólo ni principalmente como tractores (*drivers*) de un aumento del gasto social dentro de un sistema de bienestar dado sino que, más bien, suponen un reto sistémico a los modelos y sistemas de bienestar y a nuestro modo de vida y modelo de sociedad; un reto sistémico que, obviamente, resulta complejo afrontar. Sea como fuere, una de las claves de respuesta podría tener que ver con repensar conjunta y sinérgicamente importantes elementos de la política sanitaria, de la política de servicios sociales y de la política de vivienda a la luz, en buena medida, del enfoque comunitario. Se trataría, en principio, de impulsar simultánea y sinérgicamente los siguientes cursos de acción:

- Una transformación de la sanidad que le permita hacer frente mejor al reto de la cronicidad y la haga menos vulnerable a los procesos (o elementos tractores) de la excesiva o inadecuada medicalización, tecnificación y corporativización.
- Un desarrollo del sistema público de servicios sociales que lo configure como pilar de envergadura y reconocimiento equiparable al que tienen la educación o la sanidad.
- Una reorientación de la política de vivienda que confiera más peso a la rehabilitación, la accesibilidad, el alquiler y los espacios y servicios y procesos comunes y compartidos.

Hablamos de innovación sociosanitaria porque entendemos que la preocupación por las expectativas y demandas dirigidas en nuestro entorno hacia la asistencia sanitaria pública y, en todo caso, los poderosos propulsores del aumento del gasto sanitario público pueden constituir una de las motivaciones que dinamice o impulse experiencias, estudios y propuestas innovadoras que se construyen y desarrollan mejor en la medida en que incluyan en la ecuación tanto a la sanidad como a los servicios sociales. En este momento hay necesidades y demandas (que habría que describir y cuantificar con rigor y precisión) que corresponderían a los servicios sociales, y que, al no obtener respuesta en ellos (por su notablemente menor desarrollo y penetración), se travisten como demandas sanitarias o, finalmente, se acaban convirtiendo en necesidades sanitarias. No se está proponiendo una grosera operación de *rebautizar camas* sanitarias como camas de servicios sociales para ahorrar dinero sino todo un proceso de investigación, desarrollo e innovación y, asimismo, de diálogo, debate y deliberación que conduzca a un nuevo equilibrio y colaboración entre dos pilares del bienestar (sanidad y servicios sociales) alrededor del creciente número de personas que presentan necesidades sociosanitarias.

El desarrollo y fortalecimiento de los servicios sociales como nuevo pilar del sistema de bienestar ofrece oportunidades que tienen que ver con la incorporación de las cuatro perspectivas transversales que proponemos (igualdad y atención a la diversidad, familiar, comunitaria y de fomento de la iniciativa social). En la medida en que se incorporen estos enfoques transversales, puede haber procesos de innovación en los objetivos, la operativa, la articulación u otros elementos de la política sectorial de servicios sociales y, por extensión, del conjunto de la política social. Las cuatro perspectivas transversales, en la medida en que potencian la responsabilidad y

la participación de diversos agentes (el individuo, la familia, la comunidad, la iniciativa social) debieran, además, contribuir a la sostenibilidad (económica, política y social) de los servicios sociales y de la política social en general.

En todo caso, somos conscientes de que estamos proponiendo una cierta reconceptualización de los servicios sociales y de uno de sus futuros posibles, apoyándonos en una parte de su historia y potenciando algunas de sus capacidades y recursos. Es grande la potencialidad de los servicios sociales para incidir de varias formas sinérgicas en la vida comunitaria (protegiendo y promoviendo autonomía e integración, mejorando la calidad de vida de las personas, estimulando las relaciones primarias, creando empleo de proximidad y optimizando el uso de los recursos y capacidades de las personas y las familias). Sin embargo, esa potencialidad está en buena medida por demostrarse y necesitará de tiempos largos y procesos complejos para ir generando nuevas seguridades con las que contemos las personas a la hora de planificar nuestros futuros personales.

La innovación en la política de vivienda sería, posiblemente, el complemento necesario en esta operación. Frente a una extensión de un determinado tipo de servicios sociales (especialmente servicios sociales residenciales de tamaño grande para colectivos homogéneos) percibido como insatisfactorio e ineficiente por la población y la comunidad científica (mientras las viviendas propiedad de las personas usuarias de esos cuidados de larga duración permanecen vacías e improductivas), procede diseñar, experimentar, rediseñar y promover diferentes alternativas de dar respuesta a las necesidades de alojamiento combinables con diferentes servicios sanitarios y sociales domiciliarios, comunitarios y virtuales. En nuestro análisis de la política de vivienda hemos identificado actividades en las que podría estar indicado desinvertir (orientadas a incentivar la compra de vivienda por parte de personas no especialmente vulnerables) y orientaciones bastante compartidas por la comunidad científica y bastante presentes en el análisis comparado con otros países, en torno a conceptos como rehabilitación, alquiler, accesibilidad, sostenibilidad ecológica y bienes comunes.

Todo este planteamiento estratégico de innovación sociosanitaria, reforma sanitaria, despegue de los servicios sociales y diversificación comunitaria de la vivienda y convivencia, que tiene sentido desde diversos consensos internacionales basados en evidencia, debe ser acompañado y, en su caso, corregido por una agenda de investigación y experimentación y una dinámica de debate y aceptación social. Identificamos posibles sinergias de interés, pero estas han de verificarse en experiencias piloto que luego puedan ser escalables y, finalmente, inspirar reformas de más largo alcance.

En este triángulo estratégico las disciplinas y profesiones de la intervención social (como el trabajo social, la educación y pedagogía social o la psicología de la intervención social) que se hace en los servicios sociales se ven retadas por áreas de conocimiento y acción más maduras y consolidadas (como la medicina o la arquitectura) a la hora de aportar un evidente valor añadido personalizado, relacional y basado en el diagnóstico y la prescripción que sea cada vez más reconocible y apreciable por parte del conjunto de la ciudadanía.

A la vez las ciencias y profesiones más institucionalizadas reciben el reto de la aplicación de un enfoque dialógico y comunitario que potencie la autonomía y la autogestión de todas las personas.

La innovación sociosanitaria y transformación del conjunto de las políticas sociales universalista, integral y comunitaria que estamos proponiendo se orienta a la transformación de nuestro modelo social al servicio de la sostenibilidad de la vida, una sostenibilidad ecológica y relacional –así como económica y política– que debe reconocer el valor incalculable del cuidado y ponerlo en el centro de la vida social, como el tesoro de capital social que es, lleno de bienes relacionales que podemos destruir, ya que, al hacerlo, desfiguramos nuestro rostro humano, perdemos nuestra identidad.

[Éste texto se ha compuesto reelaborando y combinando fragmentos de otros, a los que remitimos para encontrar más desarrollo y referencias:

FANTOVA, Fernando (2014): *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Madrid, CCS.

Factores clave y buenas prácticas en innovación sociosanitaria

http://fantova.net/?wpfb_dl=246

Políticas públicas y profesionalización de cuidados

http://fantova.net/?wpfb_dl=247

Relaciones familiares y comunitarias (primarias) como parte del capital social (con especial referencia a los cuidados)

http://fantova.net/?wpfb_dl=292

Fernando Fantova, a 26 de abril de 2015