



Los cuidados como eje para la transformación de las políticas sociales

Fernando Fantova Azcoaga

Consultor social

fantova.net

fernando@fantova.net

Fecha de recepción: 4/10/2017

Fecha de aceptación: 15/12/2017

Sumario

1. Introducción. **2.** Operativización del concepto de cuidado desde y para el ámbito de las políticas sociales. **3.** Los cuidados primarios (familiares y comunitarios), la profesionalización de los cuidados y las esferas o agencias del bienestar implicadas en ellos. **4.** La crisis de los cuidados en el contexto de cambio social en el que, hoy y aquí, se diseñan e implementan las políticas sociales. **5.** Las exigencias, oportunidades y orientaciones que de ese contexto se derivarían para la transformación de las políticas sociales. **6.** El desarrollo sectorial de los servicios sociales, en el centro de la respuesta a la crisis de los cuidados. **7.** Bibliografía.

RESUMEN

El artículo, con referencias de la economía feminista y otros aportes de las ciencias sociales, propone un concepto operativo de cuidado para el ámbito de las políticas sociales, distinguiendo entre autocuidado, cuidado primario y cuidado profesional e identificando los tipos de agentes proveedores de cuidados, que son vistos, en primera instancia, como bienes relacionales, aunque también pueden configurarse como bienes públicos, privados o comunes. Identifica la crisis de los cuidados y de los vínculos relacionales como dimensión fundamental de un proceso complejo de cambio social que desencadena una crisis sistémica en el modelo de bienestar tradicional, y propone una reinvencción y fortalecimiento de los servicios sociales (preventivos, personalizados y comunitarios) como eje de una apuesta de innovación tecnológica y social y transformación de las políticas sociales, relegitimadas e integradas, para la sostenibilidad de la vida.

Palabras clave:

Cuidados, crisis de los cuidados, cambio social, políticas sociales, servicios sociales.

**ABSTRACT**

The article, with references of feminist economics and other contributions of the social sciences, proposes an operative concept of care for the field of social policies, distinguishing between self-care, primary care and professional care and identifying the types of care providers, which are seen, in the first instance, as relational goods, but that can adopt the configuration of public, private or common goods. It identifies the crisis of care and relational links as a fundamental dimension of a complex process of social change that triggers a systemic crisis in the traditional welfare model and proposes a reinvention and strengthening of social services (preventive, personalized and community-based) as axis of a bet for technological and social innovation and transformation of the social policies, relegitimized and integrated, for the sustainability of life.

Key words:

Care, crisis of care, social change, social policies, social services.



1 INTRODUCCIÓN

Este artículo se apoya, fundamentalmente, en trabajos anteriores del autor (citados en la bibliografía) y, en algunos pasajes, reelabora, remezcla y actualiza varios de sus fragmentos (con nuevas referencias), para intentar retratar el estado de la cuestión y plantear propuestas vigentes en diversas comunidades de práctica y conocimiento sobre los cuidados, tanto primarios como profesionales, y sobre la crisis de los cuidados, así como para examinar algunas de las exigencias, oportunidades y orientaciones para las políticas sociales y un nuevo modelo social que pudieran derivarse del reto de los cuidados y de su mejor abordaje, con especial referencia al ámbito de los servicios sociales, propuesto como sector encargado de la promoción y protección del autocuidado y los cuidados primarios, así como de la prescripción facultativa de cuidados profesionales.

2 OPERATIVIZACIÓN DEL CONCEPTO DE CUIDADO DESDE Y PARA EL ÁMBITO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES

María Teresa Martín Palomo asume, entre otras, «la suma de las propuestas de Joan Tronto, al entender el cuidado como proceso social complejo al que se puede y se debe encontrar una dimensión política, y la de Evelyn Nakano Glenn, que lo analiza en su dimensión de generador de interdependencia y de poder» (Martín Palomo, 2016: 44), para dar cuenta de la complejidad del concepto de cuidado.

Esa complejidad obliga, de entrada, a identificar el concepto de cuidado que se utilizará aquí, señalando que un elemento clave que permitirá delimitar y distinguir a qué se hace referencia en este artículo cuando se habla de cuidado o cuidados es el hecho de que se trata de actividades que, en términos generales o mayoritarios, las personas pueden hacer por y para sí mismas. Así, se propone denominar cuidados a actividades que responden a necesidades básicas o fundamentales de las personas y pueden ser (normal o habitualmente) realizadas por las propias personas para sí mismas (autocuidado). Se trataría de «tareas muy variadas encaminadas a asegurar la nutrición, la higiene, el abrigo o el descanso» (Tobío y otras, 2010: 12). Mary Daly, al referirse al cuidado como bien a ser producido y como objeto a ser estudiado en el ámbito de las políticas sociales, señala que se trata del cuidado que reciben las personas que no pueden cuidarse a sí mismas (Daly, 2002: 252).



Dentro de las áreas de conocimiento relevantes al respecto, la referencia canónica, codificada o consensuada (también en la Ley española sobre autonomía y dependencia) sería la de las denominadas actividades básicas de la vida diaria. Las ABVD se han definido como «operaciones mecánicas que realizan las personas en su ámbito doméstico y que les permiten dar respuesta a sus necesidades más primarias» especificándose que «dentro de las actividades básicas de la vida diaria cabría considerar la realización de cambios en las posiciones y ubicaciones del cuerpo y su mantenimiento; asearse y cuidar el propio aspecto; control de esfínteres y uso del servicio; vestirse, desvestirse y arreglarse; comer y beber (...). A la hora de decir si una persona es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aparte de la capacidad para su pura ejecución física, se toma en cuenta la capacidad cognitiva de tomar adecuadamente las iniciativas y decisiones correspondientes» (Fantova, 2010: 19) o el ejercicio de la vigilancia o supervisión del propio cuerpo y del entorno que permite tomar dichas iniciativas o decisiones.

Se propone, por tanto, entender el autocuidado como la realización (por y para la persona) de las actividades básicas de la vida diaria, sin que sea este el lugar para discutir si cabe incorporar aquí otras actividades no básicas (como las denominadas *instrumentales*) de la vida diaria. El cuidado por parte de otra persona sería, entonces, la asistencia suplementaria o complementaria en (o para) la realización de dichas actividades, sin que se quiera decir que la persona que cuida solo brinde esa ayuda. Parece evidente que, en la vida de las personas, lo más frecuente es que vivamos en circunstancias en las que (en mayor o menor medida) nos autocuidamos y en las que (simultáneamente) recibimos ayuda en algún grado, siendo ciertamente difícil de identificar situaciones de total autocuidado o de total cuidado por parte de otras personas. Así, recordará Cristina Carrasco que los cuidados «no solo se requieren en las primeras etapas de la vida, sino a lo largo de todo ciclo vital, aunque con especial intensidad en los inicios y finales del ciclo vital. De ahí que el cuidado sea universal (todos y todas lo requerimos) e inevitable (es absolutamente necesario para el desarrollo de la vida)» (Carrasco, 2015: 52-53).

Lógicamente, en la literatura científica, técnica, política o normativa sobre los cuidados, cabe encontrar amplitudes y connotaciones diferentes a las que se proponen aquí y que, en todo caso, la expresión *cuidado* (en inglés *care*) es utilizada en sentidos diversos. Específicamente, cuando se habla de *cuidados de larga duración* (*long term care*), no se está pensando normalmente en los cuidados que necesitamos todas las personas en los primeros años de nuestra vida. En el contexto de este artículo, como se verá, se percibe o subraya más bien la equivalencia o continuidad de los cuidados en los diferentes momentos o circunstancias de nuestra vida y, por tanto, la continuidad o equivalencia entre



los llamados *cuidados de larga duración* y el resto de los cuidados. En otras ocasiones, como, por ejemplo, cuando se habla de *cuidados de enfermería* o *cuidados paliativos* (o, por ejemplo, cuando en inglés se habla de *social care*, traducible como *servicios sociales*), la expresión se está usando en un sentido distinto. Lo mismo sucede cuando se habla de «cuidar» a quien cuida.

Por otro lado, 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) sugiere que esa experiencia, esa lógica y esa ética pueden permear relaciones que no sean estrictamente de lo que en este artículo se denomina cuidado (Gilligan, 2003).

3 LOS CUIDADOS PRIMARIOS (FAMILIARES Y COMUNITARIOS), LA PROFESIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS Y LAS ESFERAS O AGENCIAS DEL BIENESTAR IMPLICADAS EN ELLOS

El autor viene proponiendo una diferenciación de corte sistémico (que tomaría como referencia más mediata algunas aportaciones, por ejemplo, de Talcott Parsons y, de forma más inmediata, por ejemplo, a Victor Pestoff y otras autoras de la red EMES) según la cual serían cuatro las (grandes) esferas o los (grandes) tipos de agentes a considerar en la respuesta a las necesidades de las personas. Según la propuesta, lo que permite distinguir esas cuatro esferas (o tipos de agentes) es, básicamente, la lógica o la regla (con sus correspondientes *medios generalizados* para las correspondientes transacciones) que rige su funcionamiento (y que aquí solo cabe enunciar):

- Comunidad: reciprocidad.
- Estado: derecho.
- Mercado: intercambio.
- Iniciativa social: solidaridad.

Con independencia de la envergadura, tamaño o peso real de las cuatro esferas en cuanto a su capacidad para la satisfacción de las necesidades de las personas en distintos contextos y momentos, se entiende que la suficiente diferencia (Evers y Laville, 2004: 20) existente entre las cuatro lógicas mencionadas (y la inexistencia de otras de entidad comparable) abonaría la tesis de



su existencia y apuntalaría la utilidad heurística del esquema. Esquema que coincide, básicamente, con el del «diamante del cuidado» (*care diamond*) que se utiliza para representar «la arquitectura a través de la cual se provee cuidado, especialmente para aquellas con necesidades de cuidado intenso como las criaturas, las personas mayores frágiles, las enfermas crónicas y las personas con discapacidades físicas y mentales. Las instituciones involucradas en la provisión de cuidado pueden ser conceptualizadas de manera estilizada como un diamante de cuidado, para incluir la familia/hogar, los mercados, el sector público y el sector no lucrativo, que incluiría la provisión voluntaria y comunitaria» (Razavi, 2007: 21). A diferencia de lo que sucede en la terminología de esta autora, en el esquema propuesto por el autor se denomina «comunitaria» a la esfera de las relaciones primarias (tanto familiares como otras no familiares, de convivencia, amistad, vecindad o reconocimiento).

En un momento de interés creciente por los bienes comunes (Laval y Dardot, 2015) y, hasta cierto punto, por los bienes relacionales (Nussbaum, 2013: 343-372) el autor se ha atrevido a proponer la siguiente correspondencia entre esferas y tipos de bienes:

- Comunidad: bienes relacionales.
- Estado: bienes públicos.
- Iniciativa social: bienes comunes.
- Mercado: bienes privados.

Para hacer esta propuesta, se asume que los bienes, en general, presentan cierta elasticidad para ser tratados como relacionales, públicos, comunes o privados y que puede ser la propia consideración y provisión que se hace de ellos lo que los convierte en un tipo u otro de bienes (bienes públicos en el caso de que se disfrute de ellos por derecho de ciudadanía, por ejemplo) (Ocampo, 2015: 34). Sin embargo, no cabe olvidar la definición de economistas como Paul Samuelson (Barragué, 2017: 145) que entienden que determinadas características intrínsecas de los bienes permiten identificarlos como de un tipo u otro. Así, por poner un ejemplo, las calles de las ciudades, por la dificultad de permitir que unas personas los disfruten y de excluir a otras de su uso, tienden a ser vistas y tratadas en nuestro contexto como bienes públicos, es decir, como bienes que todas las personas tienen derecho a usar y de cuya gestión se encarga el Estado.

Desde este punto de vista, en lo que toca a los cuidados, cabe afirmar que tienen características que invitarían a verlos y tratarlos, en primera instancia, como bienes relacionales, es decir, como bienes coproducidos y compartidos



en las relaciones o vínculos primarios de carácter familiar y, en general, comunitario. Así, Cristina Carrasco, al estudiar el «cuidado como bien relacional» (Carrasco, 2015: 52-54) apunta que «es curioso —o no, ya que la mirada masculina nunca se dirige al espacio doméstico— que el cuidado no se categorice habitualmente como bien relacional, teniendo en cuenta que precisamente ha sido el desarrollo de las relaciones mercantiles el que ha eliminado de las relaciones humanas lo que era y es la característica básica del cuidado: su dimensión relacional» (Carrasco, 2015: 53).

La consideración de los cuidados, en primera instancia, como bienes relacionales podría venir dada, quizá, por la limitada complejidad técnica de su ejecución; por su carácter básico, cotidiano y fundamental para la sostenibilidad y el desarrollo de la vida y por la dimensión de intimidad que en muchas culturas se asocia a estas actividades. Según Cristina Carrasco, «la identificación del cuidado como bien relacional es absolutamente directa: se trata de una relación-interacción entre personas concretas; existe una reciprocidad compartida libre de asumir o no, lo cual lo dota de una gran fragilidad (de hecho, el tema de los cuidados es el gran temor de las personas mayores); solo tiene lugar durante la relación; requiere de una historia temporal, la relación se va construyendo a través del cuidado; es de gran valor social, tanto que la vida y gran parte del bienestar depende de los cuidados; no puede asignarse un precio (...), la relación —sin negar que pueda existir— no es igual si el cuidado se realiza bajo relaciones capitalistas o bajo relaciones familiares» (Carrasco, 2015: 53).

La situación (que se entiende como notablemente) universal y que cabría tomar como referencia arquetípica sería la de la atención básica a la criatura recién nacida. Cuando los seres humanos traen a otro al mundo se genera con él un vínculo que entraña responsabilidades familiares y —en su seno— una relación de cuidado en el sentido establecido más arriba. Es tal la vulnerabilidad y dependencia de la criatura que cabe identificar algo muy parecido a 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 en buena medida cuidado— libremente, sin estar obligados externamente, sin reclamar nada a cambio, si bien, seguramente, con una cierta expectativa de reciprocidad. Esa relación de cuidado, en condiciones normales, está atravesada de emociones, sentimientos o afectos fundamentales para el desarrollo humano que solemos resumir y expresar hablando de apego, confianza y, en definitiva, amor.

Es evidente que puede darse la circunstancia de que una criatura, incluso recién nacida, no tenga a su lado nadie —o nadie idóneo— con vínculos primarios (familiares o, en general, comunitarios) que la cuide y que, en una sociedad avanzada, en ese caso, por ejemplo, puede identificarse claramente la natura-



leza pública del cuidado y la responsabilidad pública al respecto, responsabilidad que, en cualquier caso, existe y ha de ser ejercida. Pero también es evidente que es preferible la situación en la que el cuidado es asumido o construido, en primera instancia, como bien relacional y en que la criatura dispone de personas idóneas dispuestas para su cuidado que estén y se sientan primariamente vinculadas a ella. Aunque el sentido común lo señala con suficiente claridad, la evidencia científica al respecto es abundante (Casado y Sanz, 2012: 5-8).

Es, obviamente, discutible y discutido —de manera diferente en diversos contextos culturales y desde distintas visiones morales— en qué medida y en qué sentido esta identificación y caracterización de la dimensión relacional del cuidado que se ha planteado para el caso de la criatura recién nacida y sus progenitoras es trasladable a otras situaciones o momentos vitales en los que las personas necesitan cuidados y a otros vínculos con la persona que cuida o podría cuidar. Serge Guérin, por cierto, recuerda que, dentro de las personas cuidadoras primarias, por tanto, no profesionales (unos 3,5 millones en Francia), un 18% no tiene vínculos biológicos o civiles con las personas a las que cuidan, sino que son vecinas, amigas o colegas (Guérin, 2010: 107).

Sea como fuere, aunque se esté diciendo que esta actividad llamada cuidado parece tener algunas características que la hacen especialmente susceptible de ser vista y tratada como bien relacional, es evidente que también puede ser gestionada, por ejemplo, como bien privado y, por tanto, como actividad económica lucrativa y servicio profesional (actividad lucrativa y servicio profesional que, por definición, no tienen cabida en el marco de las relaciones primarias). Por otra parte, también es evidente que el cuidado profesional acontece, por ejemplo, cuando el cuidado es entendido y tratado como bien público y se establece, por ejemplo, el derecho a recibir determinados cuidados en determinadas circunstancias. Lo que sí se debe retener, entonces, es que, aunque existe y debe existir cuidado profesional —y que el cuidado profesional es, legítima y propiamente, cuidado—, el cuidado profesional no es (no puede ser) funcionalmente equivalente a todos los efectos al cuidado primario, que tendría un lugar relevante entre los bienes que «el dinero no puede comprar» (Sandel, 2012).

Desde esta perspectiva, existe cuidado profesional porque, a todas luces, existen muchos contextos, circunstancias y momentos en los que no existe suficiente cuidado primario idóneo y disponible. Margarita León recuerda al respecto que «el supuesto, a menudo implícito, de que hay un efecto de sustitución entre el cuidado formal proporcionado por el Estado y el mercado y el cuidado (...) dado por la familia no se sostiene empíricamente. En otras palabras, la disponibilidad de servicios de larga duración no desplaza el apoyo familiar. La evidencia más fuerte es proporcionada por Dinamarca, donde



el apoyo familiar es alto. pero más “especializado” en menos tareas que demandan tiempo y habilidades» (León, 2014: 326). No se trataría, por tanto, de un juego de suma cero, sino que cabe pensar en sinergias entre las diferentes esferas o tipos de agentes.

4 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS EN EL CONTEXTO DE CAMBIO SOCIAL EN EL QUE, HOY Y AQUÍ, SE DISEÑAN E IMPLEMENTAN LAS POLÍTICAS SOCIALES

Se propone entender la denominada crisis de los cuidados como una de las facetas o dimensiones fundamentales o nucleares del proceso de cambio social que se estaría viviendo en determinadas sociedades (como la española) en las últimas décadas del siglo XX y las primeras del siglo XXI (Subirats, 2016). La crisis de los cuidados, específicamente, tendría que ver con la confluencia de dos grandes fenómenos o constelaciones de fenómenos. Por un lado, la transición demográfica relacionada con el aumento de la esperanza de vida (vinculada a desarrollos del conocimiento, la tecnología y la innovación), la diversificación de situaciones vitales y el envejecimiento de la población en todo el mundo (que, al menos de momento, está suponiendo un aumento de las situaciones de enfermedad crónica y limitación funcional) (Hay y otras, 2016). Por otro lado, la progresiva superación de las formas tradicionales de división sexual del trabajo (Flaquer y otras, 2014: 20) en un contexto de reconfiguración de los tamaños, estructuras, dinámicas, valores y modalidades familiares y convivenciales (atravesadas en muchos casos por procesos globales y locales de precarización laboral y, en general, vital), con la consiguiente disminución importante de la disponibilidad familiar y, en general comunitaria para el cuidado (al menos a día de hoy). En palabras de Cristina Carrasco, «el envejecimiento demográfico junto a la cada vez mayor participación laboral de las mujeres ha llevado a una situación crítica, puesto que la oferta de trabajo de las mujeres no era infinita, como parece que se suponía. Una situación crítica en relación con el cuidado de las personas, básicamente, de las personas mayores muy dependientes que requieren presencia constante de otra persona adulta. Dicha situación, unida a la incapacidad o no disposición para pensar en un cambio de modelo de trabajo ha llevado a la denominada crisis de los cuidados. “Crisis” que las clases medias y altas han resuelto de manera individual contratando mujeres pobres de países más pobres» (Carrasco, 2013: 46).

Amaia Pérez Orozco señala que «la crisis de los cuidados en los países del centro se engarza con la crisis de reproducción social en los países del Sur global



que impele a tantas mujeres a migrar. Entre ambas, se conforman las llamadas cadenas globales de cuidados. Con este concepto nos referimos a las redes transnacionales que se establecen para sostener cotidianamente la vida y a lo largo de las cuales los hogares y, en ellos, las mujeres, se transfieren cuidados de unas a otras con base en ejes de jerarquización social» (Pérez Orozco, 2014: 214). Yayo Herrero afirma que «si la ignorancia de los límites biofísicos del planeta ha conducido a la profunda crisis ecológica que afrontamos, los cambios en la organización de los tiempos que aseguraban la atención a las necesidades humanas y la reproducción social también han provocado lo que desde algunos sectores del feminismo se ha denominado *crisis de los cuidados*» (Herrero, 2011: 44).

Ciertamente, la crisis de los cuidados ha sido identificada y analizada desde o con una preocupación especial por la desigualdad entre mujeres y hombres, desde que en 1995 se refiriera a ella Arlie Russel Hochschild (como se recuerda en León, 2014: 1), aunque el cuerpo teórico feminista sobre los cuidados dataría de los años 80 (Martínez Buján, 2011: 96). Sin embargo, son esas mismas autoras feministas las que muestran cómo afecta también de forma diferencial e injusta cuando miramos a otros factores de diversidad o situaciones de desigualdad. La propia Hochschild se ha referido a las *cadenas globales de cuidados* «como un» *trasplante global de corazón*.

Por otro lado, también han sido economistas y otras pensadoras feministas quienes han denunciado frecuentemente el carácter machista y patriarcal de muchas políticas sociales o del Estado de bienestar predominante, en la medida en que, a la hora de diseñar sus dispositivos protectores públicos, ha dado por descontado que muchas mujeres se ocuparían asimétricamente, de forma subordinada, gratuita y notablemente invisible, de una serie de labores y, específicamente, cuidados en el seno de la familia y la comunidad. Mary Daly y Jane Lewis han afirmado que «si bien el cuidado siempre fue históricamente importante para ser considerado por la política del Estado de bienestar, los desarrollos contemporáneos lo mueven hasta el verdadero centro de la actividad del Estado de bienestar» (Daly y Lewis, 2000: 282).

5 LAS EXIGENCIAS, OPORTUNIDADES Y ORIENTACIONES QUE DE ESE CONTEXTO SE DERIVARÍAN PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LAS POLÍTICAS SOCIALES

En realidad, posiblemente, la crisis de los cuidados es la expresión más relevante de una crisis de los vínculos primarios (familiares y, en general, co-



munitarios), otra de cuyas manifestaciones crecientemente preocupantes es la que ha sido denominada como epidemia de «aislamiento social» (Díez Nicolás y Morenos, 2015: 132). La crisis de los cuidados, desde el punto de vista de la economía feminista afecta de lleno a la «sostenibilidad de la vida» (Pérez Orozco, 2014: 24) y conduce a un cuestionamiento radical del modelo económico y social dominante.

Sin duda, las políticas sociales y sus éxitos constituyen un factor fundamental en la producción y caracterización de la situación crítica que se acaba de describir. Los dispositivos del sistema de bienestar más tradicionales y asentados se basaban en el supuesto de que los varones tendrían largas y estables trayectorias de empleo y cotización y que las mujeres, en buena medida, se harían cargo de toda una serie de cuidados y apoyos en el ámbito familiar y comunitario. De modo que el sistema público de bienestar social pública se ocuparía, básicamente, de formar a las personas (los varones) hasta que pudieran incorporarse a un empleo, de curar sus enfermedades agudas para que se reincorporaran a dicho empleo, de cubrirles económicamente en momentos puntuales en que quedaran sin empleo y de pagarles una pensión de jubilación en los pocos años que sobrevivieran tras finalizar su vida laboral (y pagar una pensión de viudedad u orfandad a sus esposas o descendientes dependientes económicamente de ellos, en su caso). Para todo lo demás estaba la comunidad y, específicamente, la familia (tupida y extendida, estable y concentrada) y, fundamentalmente, las mujeres. En ese marco, los servicios sociales (antes asistencia social), se ocuparían de colectivos minoritarios que, por una u otra razón, no quedaban cubiertos por esa protección general o regular.

Bajo la inspiración de Niklas Luhmann (1994), sin embargo, cabe entender el desarrollo de las políticas sociales como un proceso de especialización funcional, según el cual diferentes ramas de la protección social se van diferenciando y van estructurándose a medida que se hacen más capaces de dar respuesta a diferentes (grandes) necesidades de las personas y de hacerse cargo de su creciente complejidad (a la vez que, paradójicamente, contribuyen a nuevas complejidades). Dicho proceso sería (complejamente) dinamizado, entre otros, por la construcción del conocimiento y la innovación de la tecnología disponible para la consecución de la finalidad de cada uno de esos subsistemas que se van configurando en el seno del conjunto del sistema de bienestar.

Así pues, el modelo general de comprensión del desarrollo de las políticas sociales que se propone (Fantova, 2014) plantea que las grandes políticas sectoriales en un sistema de bienestar se corresponden cada vez más con grandes sectores de actividad, cada uno de los cuales se diferencia de los otros por la protección y promoción de un bien y por las actividades de valor específicas y reconocibles, basadas en el conocimiento (en áreas de conocimiento correspon-



dientes a dichas actividades). Se postula que el incremento de la complejidad social y de las expectativas que se dirigen a las políticas sociales y a los servicios públicos correspondientes los van convirtiendo en subsistemas funcionalmente especializados en las necesidades, bienes, objetos y actividades correspondientes. Si alguien tiene un problema, necesidad, demanda o expectativa relacionada con su situación de salud se dirigirá a los servicios sanitarios. La misma lógica podría aplicarse a los servicios educativos u otros. Por último, habría que mencionar las políticas y prestaciones de garantía de ingresos para la subsistencia (pensiones de jubilación y otras). En realidad, cuando se habla de subsistencia se hace referencia a necesidades humanas, como las de la alimentación o el vestido, no cubiertas por los otros sectores.

Se produce entonces una estructuración del sistema de bienestar en pilares sectoriales tendencialmente universales, en la medida en que hay fuerzas que impulsan la garantía de derechos subjetivos en cada uno de ellos. En el caso del País Vasco, por ejemplo, además del derecho a la educación, la sanidad universal y las pensiones de jubilación y otras prestaciones de la Seguridad Social vigentes para el conjunto de España, se ha reconocido por ley en los últimos años el derecho universal, subjetivo y exigible, a los servicios sociales (2008), a la garantía de ingresos mínimos para la subsistencia, incluyendo el complemento de las pensiones de jubilación o viudedad más bajas (2008) y al alojamiento (2015). En ese modelo de pilares universalmente inclusivos, lógicamente, las situaciones de complejidad, vulnerabilidad o exclusión social no cuentan con una política residual o última red de protección social, sino que han de ser abordadas mediante procesos de atención integrada intersectorial (OECD, 2015: 16-17) en la que participarán dos o más sectores.

Por otra parte, al ubicarse de forma cada vez más clara las diferentes políticas sociales sectoriales (como sanidad, educación, servicios sociales, empleo, vivienda o garantía de ingresos) en sectores de actividad económica, los sistemas públicos de cada uno de esos sectores se ven obligados a fortalecer su capacidad competitiva de crear valor (público) relacionándose de formas cada vez más diversas y complejas con el resto de agentes operantes en el sector y, junto con ellos, con el resto de sectores. Existe abundante evidencia acerca de la fuerza de la inercia institucional, el legado de la política o «dependencia de la senda» (*path dependence o path dependency*) en el ámbito de las políticas sociales (Del Pino y Rubio, 2016: 44,) por diferentes razones, como su funcionamiento como estabilizadoras automáticas, el apoyo por parte de sectores de la población afectados en necesidades sensibles o su grado de institucionalización. Ello favorece a los sectores y agentes más consolidados y mejor posicionados, dificultando la innovación y adaptación de las políticas sociales a los cambios sociales que ellas mismas han contribuido a desencadenar.



Sea como fuere, en el contexto de la crisis de los cuidados, los vínculos y la sociedad evocado, el modelo (más cuanto más patriarcal, monetizado y burocratizado) de sistema de bienestar entra, lógicamente, en una crisis sistémica, debida también a la expansión universalizante y compleja individualización de las expectativas, demandas y conciencia de derechos frente al Estado y sus diferentes políticas sociales por parte de la ciudadanía a la que se acaba de hacer referencia. Todo ello en un contexto de fragmentación y reconfiguración de los sujetos sociales que, de diferentes maneras, son base de las mayorías electorales que dan soporte (o no) a las políticas públicas. En un contexto en el que el contrato social clásico entre clase trabajadora y élites económicas debe reformularse también como contrato entre generaciones, entre mujeres y hombres, entre comunidades culturales o, incluso, entre humanidad y entorno ecológico, nido de futuras generaciones.

Se trata, por tanto, en una situación, en la cual, en buena medida por los éxitos de las propias políticas de bienestar, se modifican las condiciones económicas, laborales, familiares, comunitarias, morales o políticas que las sustentaban, de suerte que se acentúan, cada vez más, las disfunciones y efectos no deseados de las propias políticas sociales, toda una serie de «efectos perversos, apropiaciones indebidas y riesgos morales de las políticas sociales» (Moreno, 2012: 89), que pueden verse deslegitimadas como contenido y herramienta para el contrato social o los contratos sociales, en una dinámica de fragmentación y polarización social.

6 EL DESARROLLO SECTORIAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES, EN EL CENTRO DE LA RESPUESTA A LA CRISIS DE LOS CUIDADOS

En esa situación paradójica de crisis de desarrollo de las políticas sociales, se ha propuesto rediseñar el «perímetro» (Garner y Leutherau-Morel, 2014: 10) y desarrollar el contenido operativo (preventivo, tecnológico y comunitario) del sector de los servicios sociales que, si quiere avanzar en su proyecto de universalización, debe abandonar su nicho residual (como asistencia social) de pretendida (y cada vez más imposible) respuesta a cualquier necesidad (económica, habitacional, laboral u otras) de supuestos colectivos minoritarios excluidos por el resto de subsistemas sociales y apostar por un objeto propio, que se ha identificado como la «interacción» (Fantova, 2008), resultando precisas nuevas formas de diferenciación e integración con el resto de ramas sectoriales y, especialmente con las otras dos (sanidad y vivienda) que triangulan y soportan en buena medida la vida diaria y relaciones comunitarias de las per-



sonas en su diversidad sexual, generacional, funcional y cultural. Al respecto, por ejemplo, Joan Costa-Font y otras (2016) han encontrado evidencia robusta de reducción de hospitalizaciones y duración de la estancia con la implantación en España del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, efecto que se atenúa en 2012 a consecuencia de los recortes en el Sistema.

Se sostiene que la que aquí se denomina *interacción* es un estado o situación deseable y valiosa, dinámica y cambiante, importante y compleja, como lo son los estados o situaciones de salud, aprendizaje, empleo, alojamiento y subsistencia (objeto de las otras ramas de la política social). Prevenir el deterioro de tal situación o estado, ayudar a las personas a alcanzarlo y paliar las consecuencias de su pérdida total o parcial sería, según esta propuesta, la responsabilidad universal de los servicios sociales: ese estado deseable de (relativa) autonomía funcional para la vida diaria e integración relacional (familiar y comunitaria) que se propone denominar interacción, y que se entiende como un componente fundamental (junto a los otros cinco que se acaban de evocar) del bienestar o inclusión social de todas las personas, advirtiendo, por cierto, que, posiblemente «los conceptos y evaluaciones existentes de la inclusión social no son adecuados para explicar la práctica social del cuidado o el papel de las personas cuidadoras y las relaciones de cuidado. El cuidado ha tendido a ser pasado por alto o percibido solo en un sentido negativo como un factor de riesgo de exclusión o una barrera para la inclusión» (Hill y otras: 187).

Sobre esta base, puede afirmarse que el cuidado profesional (o asistencia personal) —tal como viene siendo definido en este artículo— podría ser legítimamente considerado como una prestación, apoyo o actividad propia o característica del ámbito sectorial de los servicios sociales. Ello sería así porque del diagnóstico social que, en los servicios sociales, permitiría caracterizar la situación de interacción de una persona (su capacidad de desenvolvimiento autónomo en la vida diaria y el soporte familiar y comunitario idóneo disponible) puede derivarse naturalmente, con mucha frecuencia, la prescripción, planificación o propuesta de cuidados profesionales que complementen y potencien el autocuidado y el cuidado primario, familiar o comunitario.

Lógicamente, para que la intervención social —denominando así la actividad operativa que se realiza en los servicios sociales— pueda cumplir su función de protección y promoción de la interacción, será necesario que, además —en su caso— de los cuidados profesionales, la persona usuaria o destinataria se beneficie de otras prestaciones, apoyos o actividades más complejas y basadas en conocimiento más sofisticado como la evaluación de los efectos de la intervención o actividades dirigidas a desencadenar cambios en los comportamientos de las personas o en las dinámicas familiares. Así, la prestación de servicios sociales puede conllevar cuidados profesionales, pero, necesaria-



mente, los contendrá como parte de un proceso más complejo basado en un conocimiento o cualificación más sofisticada (y científica) de suerte que los cuidados profesionales se brinden de modo que tengan los mayores y mejores efectos que sea posible en la interacción de la persona.

Obviamente una persona puede *comprar* cuidados profesionales —sin más— en el mercado, del mismo modo que puede automedicarse con determinados fármacos o adquirir un libro de contabilidad para aprender dicha materia, si no se ve la necesidad y el valor del diagnóstico, prescripción e intervención profesionales sobre la base del conocimiento (compatibles —por cierto— con el ejercicio de la autonomía moral y consiguiente capacidad de decisión, elección o consentimiento informado por parte de las personas usuarias). Lo que se quiere decir aquí, en todo caso, es que la decisión sobre los cuidados profesionales que debe recibir una persona pertenece —como la decisión sobre si debe operarse de apendicitis o aprender la tabla del siete— al ámbito de su autonomía moral y capacidad de decisión (o la de quien le represente legítimamente), pero que dicha decisión —como las otras evocadas— puede y —bajo ciertas premisas y en determinados contextos— debe ser objeto de prescripción facultativa sobre la base de un diagnóstico profesional basado en el conocimiento que permita establecer los mejores ajustes entre cuidado profesional, autocuidado y cuidado primario y, en definitiva, alcanzar la mejor interacción y bienestar. Lógicamente el que se considere el cuidado profesional (o asistencia personal) como prestación propia y característica de los servicios sociales (y a estos como el marco más adecuado para la prescripción facultativa de cuidados profesionales) no excluye que estos puedan ser proporcionados en el marco de servicios de otros sectores de actividad, del mismo modo que en un hospital (servicio sanitario) se proporcionan prestaciones propias de otros ámbitos, como el alojamiento.

Por otra parte, si miramos la evolución de otros sectores de actividad cabe suponer que es grande el recorrido que podrían tener los servicios sociales en la incorporación de productos de apoyo (ayudas técnicas) y nuevas aplicaciones, plataformas y, en general, tecnologías, lo cual, en principio, podría aportar novedades en términos de empoderamiento individual y diversificación de formas y formatos de relación entre las personas (Carretero, 2015). Solo, sin embargo, en el marco de un sector de actividad y de un sistema público robusto, tanto desde el punto de vista ético como técnico, cabe esperar que ese imprescindible desarrollo tecnológico se oriente a la sostenibilidad relacional y la humanización de la vida y no a «asegurar y monitorizar el aislamiento, a través de la producción de una socialidad mínima y latente» (Sánchez Criado, 2012: 408).

El reto es considerable, pues se trata de salir del actual círculo vicioso entre agravamiento de la situación de las personas, fragmentación de la



atención, burocratización de las organizaciones e insatisfacción del personal e impulsar el círculo virtuoso entre comunidad de conocimiento, integración de la atención, empoderamiento de las personas y sostenibilidad social. Ello requiere tanto de una más orientada investigación básica y aplicada, desde diversas áreas de conocimiento, que permita mejorar el instrumental de evaluación de los fenómenos y cambios de los que se ocuparían los servicios sociales como de experiencias piloto (prototipos) que vayan construyendo formatos e itinerarios de atención y calibrando su utilidad, viabilidad, legitimidad, transferibilidad, escalabilidad y sostenibilidad. Lo cual, seguramente, solo será posible desde un fuerte liderazgo político e innovación pública, como ha sucedido o está sucediendo en muy diversos sectores de actividad (Mazzucatto, 2016).

Como ha señalado Adelina Comas, una necesidad o contingencia que, como es el caso de necesitar cuidados, puede acarrear costes «catastróficos» (Comas y otras, 2012: 258) no puede ser considerada y tratada como un riesgo individualmente asumible. Posiblemente, hoy y aquí, las limitaciones y disfunciones de la respuesta de los servicios sociales a este reto, aparte de generar y agravar sufrimientos humanos, están repercutiendo en crecientes costes y perversiones en el sistema sanitario y a un uso crecientemente irracional de los patrimonios económicos e inmobiliarios de millones de personas, en ese modelo de bienestar en crisis sistémica del que se ha hablado anteriormente. De ahí la necesidad de «un nuevo relato para los servicios sociales» (Santos, 2012) y de ahí la centralidad de los cuidados y de su abordaje desde unos renovados servicios sociales (preventivos, personalizados y comunitarios), integrados intersectorialmente con la sanidad, las políticas de vivienda y otras, en la transformación de las políticas sociales hacia un nuevo modelo social para la sostenibilidad de la vida.

7 BIBLIOGRAFÍA

- BARRAGUÉ, Borja (2017): «El igualitarismo predistributivo: teoría y práctica» en ZALAKAIN, Joseba y BARRAGUÉ, Borja (coordinación): *Repensar las políticas sociales: predistribución e inversión social*. Madrid, Grupo 5, páginas 137-160.
- CARRASCO, Cristina (2013): «El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía» en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, volumen 31, número 1, páginas 39-56.
- (2015): «El cuidado como bien relacional: hacia posibles indicadores» en *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, número 128, páginas 49-60.



- CARRETERO, Stephanie (2015): *Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home*. Sevilla, Institute for Prospective Technological Studies.
- CASADO, Demetrio y SANZ, María Jesús (2012): *Crianza saludable. Fundamentos y propuestas prácticas*. Madrid, SIPOSO.
- COMAS, Adelina y otras (2012): «Barriers to and opportunities for private long-term insurance in England: what can we learn from other countries?» en MCGUIRE, Alistair y COSTA-FONT, Joan (edición): *The LSE companion to health policy*. Cheltenham, Edward Elgar, páginas 258-282.
- COSTA-FONT, Joan y otras (2016). *Does long-term care subsidisation reduce unnecessary hospitalisations?* Madrid, Fedea.
- DALY, Mary (2002): «Care as a good for social policy» en *Journal of Social Policy*, volumen 31, número 2, páginas 251-270.
- DALY, Mary y LEWIS, Jane (2000): «The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states» en *British Journal of Sociology*, volumen 51, número 2, junio, páginas 281-298.
- DEL PINO, Eloisa y RUBIO, María Josefa (2016): «El estudio comparado de las transformaciones del Estado de bienestar y las políticas sociales: definiciones, metodología y temas de investigación» en DEL PINO, Eloisa y RUBIO, María Josefa (edición): *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos, páginas 27-68.
- DÍEZ NICOLÁS, Juan y MORENOS, María (2015): *La soledad en España*. Madrid, Fundación ONCE/Fundación AXA.
- EVERS, Adalbert y LAVILLE, Jean Louis (2004): *The third sector in Europe*. Cheltenham/Northampton, Edward Elgar.
- FANTOVA, Fernando (2008): *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao, Universidad de Deusto.
- (2010): «Actividades Básicas de la Vida Diaria» en DE LUCAS, Fernando y ARIAS, A. (dirección): *Diccionario internacional de trabajo social y servicios sociales*. Buenos Aires, Miño y Dávila, página 19.
- (2014): *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Madrid, CCS.
- (2015): «Crisis de los cuidados y servicios sociales» en *Zerbitzuan*, número 60, páginas 47-62.
- (2017): «Los servicios sociales como pieza clave para una estrategia de inversión social» en ZALAKAIN, Joseba y BARRAGUÉ, Borja (coordinación): *Repensar las políticas sociales: predistribución e inversión social*. Madrid, Grupo 5, páginas 99-125.
- FLAQUER, Lluís y otras (2014): «El trabajo familiar de cuidado en el marco del estado de bienestar» en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, volumen 3, número 1, páginas 11-32.



- GARNER, Hélène y LEUTHEREAU-MOREL, Noël (2014): *Gouvernance et organisation des services à la personne en Europe*. Paris, France Stratégie.
- GILLIGAN, Carol (2003): *In a different voice*. Cambridge, Harvard University Press.
- GUÉRIN, Serge (2010): *De l'État providence a l'État accompagnant*. Paris, Michalon.
- HAY, Simon y otras (2016): «Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015» en *The Lancet*, volumen 388, páginas 1.545-1.602.
- HERRERO, Yayo (2011): «Propuestas ecofeministas para un sistema cargado de deudas» en *Revista de Economía Crítica*, número 13, páginas 30-54.
- HILL, Trish y otras (2017): «Revising social inclusion to take account of care» en *International Journal of Care and Caring*, volumen 1, número 2, páginas 175-190.
- LAVAL, Christian y DARDOT, Pierre (2015): *Común. Ensayo sobre la revolución en el siglo XXI*. Barcelona, Gedisa.
- LEÓN, Margarita (edición) (2014): *The transformation of care in European societies*. London, Palgrave Macmillan.
- LUHMANN, Niklas (2014): *Sociología política*. Madrid, Trotta.
- MARTÍN PALOMO, María Teresa (2016): *Cuidado, vulnerabilidad e interdependencias. Nuevos retos políticos*. Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- MARTÍNEZ BUJÁN, Raquel (2011): «La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional» en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, volumen 21, número 1, páginas 93-123.
- MAZZUCATO, Mariana (2016): *Building the entrepreneurial state. A new framework for envisioning and evaluating mission-oriented public investments*. Sussex, University of Sussex.
- MORENO, Luis (2012): *La Europa asocial. Crisis y estado de bienestar*. Barcelona, Península.
- NUSSBAUM, Martha Craven (2013): *The fragility of goodness*. Cambridge, Cambridge University Press.
- OCAMPO, José Antonio (edición) (2015): *Gobernanza global y desarrollo. Nuevos desafíos y prioridades de la cooperación internacional*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- OECD (2015): *Integrating social services for vulnerable groups: bridging sectors for better service delivery*. Paris.
- PÉREZ OROZCO, Amaia (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid, Traficantes de Sueños.
- RAZAVI, Shahra (2007): *The political and social economy of care in a development context. Conceptual issues, research questions and policy options*. Geneva, UNRISD.



- SÁNCHEZ CRIADO, Tomás (2012): *Las lógicas del telecuidado*. Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.
- SANDEL, Michael (2012): *Lo que el dinero no puede comprar. Los límites morales del mercado*. Barcelona, Debate.
- SANTOS, Joaquín (2012): *El cuarto pilar. Un nuevo relato para los servicios sociales*. Madrid, Paraninfo/Consejo General de Trabajo Social.
- SUBIRATS, Joan (2016): «Cambio de época y personas mayores. Una concepción de la ciudadanía abierta e inclusiva» en EZQUERRA, Sandra y otras (edición): *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. Barcelona, Ariel, páginas 21-43.
- TOBÍO, Constanza y otras (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona, Fundación «la Caixa».