

GRAND PLACE

PENSAMIENTO Y CULTURA - PENTSAMENDUA ETA KULTURA



cuidados
zaintzak

GRAND PLACE

PENSAMIENTO Y CULTURA - PENTSAMENDUA ETA KULTURA

22 zk.

2024 azaroa



MARIO
ONAINDIA
FUNDAZIOA

Eusko Jaurilaritzako Hezkuntza eta Kultura Sailaren laguntza izan du aldizkari honek
VITAL KUTXAren laguntza du aldizkari honek.

Grand Place

Mario Onaindia Fundazioaren aldizkaria / Revista de la Fundación Mario Onaindia

Zuzendaria/Director:

Felipe Juaristi

Koordinatzailea /Coordinador:

Sara Buesa, Fernando Fantova

Erredakzio Kontseilua / Consejo de Redacción:

Luisa Etxenike, Ivan Igartua, Belen Altuna, Jon Sudupe, Alberto Agirrezabal,
Gaizka Fernández Soldevilla, Xabier Garmendia, Alberto López Basaguren, Antonio Rivera

Harremanetarako e-maila / e-mail de contacto:

felipejuaristigaldos@gmail.com

Azala / Portada:

José Ibarrola

Barneko irudiak / Ilustraciones:

José Ibarrola

Mario Onaindia Fundazioaren Helbidea / Dirección:

Zuberoa kalea, 24 20800 Zarautz

© Artikulugileek, testuena / De los textos, los colaboradores

© José Ibarrola, irudiena / De las ilustraciones, José Ibarrola

ISSN: 2386 - 429X

Legetzko Gordailua: SS - 992/2014

Harpidetza / Suscripción

info@marioonaindiafundazioa.org

Maketazio eta inprenta lanak / Maquetación e impresión

Itxaropena, S.A.

Araba kalea, 45. 20800 Zarautz

itxaropena@itxaropena.net

GRAND PLACE

PENSAMIENTO Y CULTURA - PENTSAMENDUA ETA KULTURA

SUMARIO / AURKIBIDEA

EDITORIAL / EDITORIALA	7
La encrucijada de los cuidados SARA BUESA Y FERNANDO FANTOVA	9
Perspectiva ética de los cuidados MARJE GOIKOETXEA ITURREGUI	17
Entramados de cuidados y tecnologías: desafíos éticos y políticos MARÍA TERESA MARTÍN PALOMO Y JOSÉ MARÍA MUÑOZ TERRÓN	31
El nacimiento de una nueva clase social: el cuidatoriado MARÍA ÁNGELES DURÁN	41
Zaintzak eta bizitzaren iraunkortasuna larrialdi-garaietan AMAIA PÉREZ OROZCO	53
Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030) SARA BUESA Y FERNANDO FANTOVA	63
Las personas que necesitan cuidados en euskadi: cuántas son, cuáles son sus características y de qué manera están cubiertas sus necesidades JAIONE CIA, ARANTXA MENDIETA Y RAQUEL SANZ	67
El modelo vasco de cuidados; análisis y perspectivas JOSEBA ZALAKAIN	79
Gipuzkoa, zaintza lurraldea/territorio de cuidados MAITE PEÑA	93
Gure aldarri feminista: zaintza sistema publiko komunitarioa AINARA SANTAMARIA ETA MIREN ARANGUREN	107
Profesionalización de los cuidados KARMELE ACEDO	119
Servicios sociales de cuidados vitoria-gasteiz BONI CANTERO SEVILLA	125
¿Quién cuida a quienes cuidan? IÑIGO KORTABITARTE HIDALGO	141
Quiénes sostienen el trabajo de los cuidados JONE ROBLEDÓ	151

Los cuidados como trampa para sostener la explotación laboral	
MARÍA JUNCAY	161
#Zainlab. Una apuesta decidida, continuada, y aún inacabada, por el empleo digno en el ámbito de los cuidados	
ALFONSO GURPEGUI	163
La gobernanza del futuro sistema vasco de cuidados	
FÉLIX ARRIETA FRUTOS	167
ENTREVISTA CON FANY RAQUEL GALEAS	
GRAND PLACE	179
ENTREVISTA CON MIKEL TORRES	
GRAND PLACE	183
COLABORADORES / PARTE HARTU DUTE	189

EDITORIAL / EDITORIALA

Cuidar, cuidarnos, cuidarse. Verbo que se adapta a múltiples conjugaciones, que adopta muchas interpretaciones. Vivimos en una sociedad que, cada vez más, necesita cuidadores (generalmente cuidadoras) y cuidados, porque cada vez hay más personas necesitadas de los mismos, cada vez más personas que dependen de alguien para poder llevar diariamente una vida digna. La dignidad es asimilable a toda condición humana.

Significa el respeto que se tiene a una persona por serlo, cuando se lleva una vida en la que desaparece la sensación de vergüenza y humillación. La humillación es otra cosa, es el desprecio a la persona, su marginación, su consideración de cosa u objeto prescindible. La vergüenza viene después..

Hay gentes que no son autónomas y que necesitan de cuidadores o cuidadoras para poder llevar una vida plena y, sobre todo, digna. No hay dignidades partidas ni repartidas; es un continente, un todo que no admite divisiones. Es, restadas las diferencias, como el concepto de libertad. La hay o no la hay. Libertad a medias es una contradicción en sus propios términos. Dignidad, o toda o ninguna.

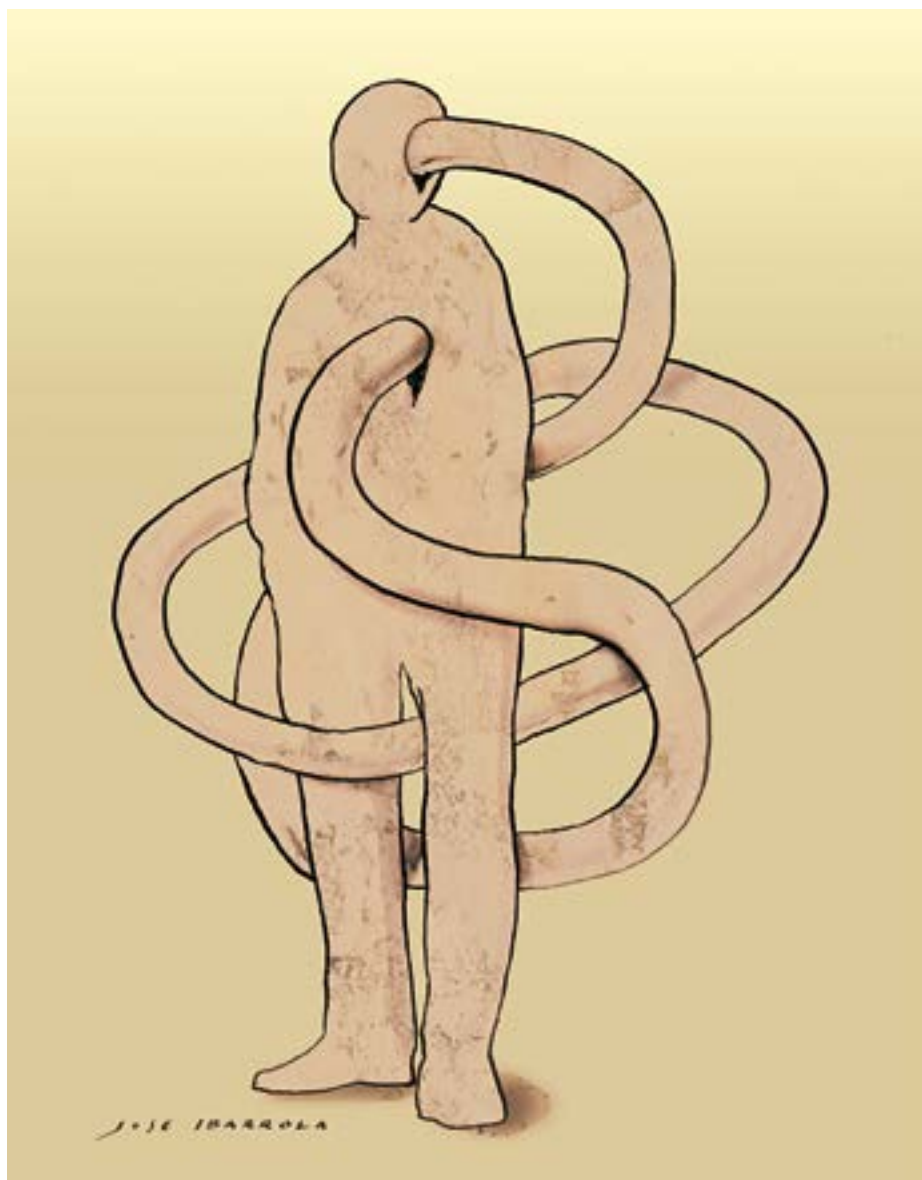
Nuestro mundo es cada vez más interdependiente. Todos nos debemos a todos, y nos necesitamos. Dignificar el trabajo de los cuidadores es también tarea que nos compete.

Zaintza: geure eta besteen burua zaindu beharra dugu. Joko askotara egokitzen den aditza da: interpretazio asko onartzen ditu. Gero eta gehiago, zaintzaileak (emakumeak, gehienetan) eta zaintza-lanak eskatzen dituen gizarte batean bizi gara. Gero eta pertsona gehiago daude horien beharrean, gero eta pertsona gehiago norbaiten mende, egunero bizimodu duina izan ahal izateko. Duintasuna, izan ere, gizatasuna da.

Pertsona bati pertsona izateagatik zor zaion errespetua: lotsa eta umiliazio-sentipena desagertzen den bizitza bat daramanean. Umiliazioa beste gauza bat da, pertsona mespretxatzea, baztertzea, gauza edo objektu baztergarritzat hartzea. Lotsa dator, azkenik.

Pertsona batzuk ez dira autonomoak, eta zaintzaileak behar dituzte bizitza osoa eta duina eramateko. Ez dago duintasun zatiturik, ez banaturik; kontinente bat da, zatiketarik onartzen ez duen osotasuna. Desberdintasunak kenduta, askatasunaren kontzeptua bezala da. Badago edo ez dago. Askatasuna erdizka kontraesana da, bere horretan. Duintasuna, osoa da edo ez da.

Denok gara elkarren zordun, eta denok behar dugu elkar, era berean. Zaintzaileen lana duintzea ere guztion zeregina da. Edo denok, edo inor ez.



LA ENCRUCIJADA DE LOS CUIDADOS

SARA BUESA Y FERNANDO FANTOVA

*Gu sortu ginen enbor beretik sortuko dira besteak
Burruka hortan iraungo duten zuhaitz-ardaska gazteak
Beren aukeren jabe eraikiz ta erortzean berriro jaikiz
Ibiltzen joanen direnak: Gertakizunen indar ta argiz
Gure ametsa arrazoi garbiz egiztatuko dutenak.*

Mikel Laboa, *Izarren hautsa*

El cuidado forma parte de la esencia de la condición humana y atraviesa toda nuestra vida. En momentos de especial vulnerabilidad, en nuestros primeros años de vida y, a veces, en los últimos, en situaciones de enfermedad o dependencia, adquiere una relevancia principal. Pero, de una forma u otra, a lo largo de nuestra existencia y en todas las etapas vitales por las que pasamos está presente. Los cuidados que recibimos y también los que prestamos son elementos básicos para una vida digna y con sentido.

En este contexto, cuidar sería:

- establecer una relación significativa, de reconocimiento, de ayuda, de confianza, afectuosa y continua con una persona (y con otras personas con las que ella mantiene relaciones de interdependencia) en su vida cotidiana,
- trabajando por la dignidad y seguridad de la persona,
- para lograr su mayor autonomía y autodeterminación para la vida diaria y, a la vez,
- complementar dicha autonomía y autodeterminación,
- buscando la mejor integración relacional de esa persona en esos entornos,
- en lo posible, según el proyecto de vida y preferencias personales que tenga o hubiera tenido la persona que recibe los cuidados.

Nuestro estado de bienestar se ha ido construyendo en clave universalista en los ámbitos de la salud, la educación y la sustitución de rentas o garantía de ingresos (en situaciones de jubilación, desempleo u otras). Sin embargo, estos cuidados cotidianos que todas las personas necesitamos en diferentes etapas y circunstancias de nuestra vida se encuentran en una encrucijada en la que percibimos que resulta cada vez más insostenible el modelo patriarcal-colonial-asistencialista que tenemos, pero no acabamos de configurar los cuidados cotidianos como un bien gratuito y universal, como un nuevo derecho social (Daly y León, 2022).

En general, cuando enfermamos, cuando llega la edad de escolarización de nuestras hijas e hijos o cuando pensamos en tener ingresos al jubilarnos, nuestra primera opción es, respec-

tivamente, Osakidetza, la escuela gratuita (financiada por el Gobierno Vasco) y la Seguridad Social. Sin embargo, ante una necesidad de cuidado cotidiano, los servicios públicos parecen más bien el último recurso y con tendencia a la institucionalización (por eso hablamos de asistencialismo) y aumenta día a día el trabajo (frecuentemente precario) de las mujeres, particularmente inmigrantes (por ello, patriarcal-colonial).

No nos estamos refiriendo a un ámbito o actividad menor dentro de la vida económica y social. En absoluto. Los cuidados cotidianos constituyen uno de los soportes cruciales en cualquier sociedad y sus disfunciones, además de afectar a necesidades y derechos fundamentales (de todas las personas), repercuten gravemente en el resto de esferas o áreas del devenir humano. De hecho, seguramente la organización de los cuidados está al nivel de los principales asuntos a resolver por nuestra sociedad, junto con la transformación del Estado, la gestión de las migraciones, el abastecimiento de energía, la digitalización de la economía y pocos más (Comas y Martínez Buján, 2022).

Algunos conceptos

Fijemos algunos conceptos clave:

Cuidados: En este contexto, denominaríamos cuidado o cuidados a la atención y atenciones personales (de carácter altamente relacional) que precisamos todos los seres humanos, en diferentes etapas y circunstancias de nuestra vida, en razón de limitaciones puntuales, temporales o permanentes en nuestra capacidad autónoma para las decisiones y actividades de la vida diaria en nuestro contexto relacional cotidiano.

Cuidados de larga duración: Aquellos que la persona va a necesitar previsiblemente durante el resto de su vida.

Derecho al cuidado. Existe el derecho al cuidado en la medida en que hay una garantía por parte de los poderes públicos de que todas las personas vamos a recibir los cuidados que necesitamos. En este momento no está reconocido como tal en nuestro ordenamiento jurídico, aunque sí hay algunas aproximaciones parciales y limitadas. Unido al reto de definir, regular y garantizar el derecho a recibir cuidados, está el relativo al derecho a cuidar y a la responsabilidad de cuidar (también parcial y limitadamente establecidas y efectivas en nuestra sociedad).

Desinstitucionalización: Hablamos de institucionalización cuando se proporcionan cuidados en régimen de alojamiento y tratamiento colectivo constriñendo notable e inadecuadamente el ejercicio de la libertad o autodeterminación de las personas y la cantidad y calidad de sus conexiones o vínculos interpersonales. Consecuentemente, la desinstitucionalización sería el proceso en virtud del cual la persona abandona (o no llega a) dicho régimen y puede, entonces, recibir cuidados personalizados que, en todo caso, contribuyen a su autonomía y empoderamiento y a su participación deseada en relaciones comunitarias.

Organización social de los cuidados: Sería la manera de funcionamiento de los cuidados en una sociedad. Por ejemplo, podemos decir que la organización social de los cuidados en nuestra sociedad, de facto, se rige por un modelo patriarcal-colonial-asistencialista.

Pacto por los cuidados: El 19 de abril de 2023 la Mesa de Diálogo Social (con representación patronal, sindical y gubernamental) alcanzó un acuerdo de bases para la elaboración de un pacto de país por los cuidados en la Comunidad Autónoma del País Vasco, alineado con la Estrategia Europea de Cuidados. Como pacto de país ha de contar con (y afectar a) a muy diferentes ámbitos de política pública y agentes de la vida económica y social.

Profesionalización de los cuidados: Es el proceso necesario y deseable en virtud del cual una cada vez mayor parte de los cuidados que se necesitan son proporcionados por personal cualificado y remunerado en un marco de empleo de calidad y relaciones laborales justas (objetivo del que estamos todavía muy lejos). Se entiende que el cuidado primario y el cuidado profesional se pueden y se deben complementar y potenciar mutuamente. Un adecuado, proactivo e intenso proceso de profesionalización de los cuidados es una de las piezas fundamentales en una estrategia de transformación del modelo de cuidados hacia su calidad, equidad y sostenibilidad. Como ejemplo de articulación de varias iniciativas en la profesionalización de los cuidados, cabe mencionar el proyecto #ZainLab, del Gobierno Vasco en alianza con Servicios Sociales Integrados y otros agentes.

Servicios sociales de cuidados: Es la denominación escogida, por ejemplo, por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz para sus servicios sociales, apostando por la centralidad de los servicios sociales en los sistemas de cuidados que queremos construir y por la centralidad de los cuidados en los sistemas de servicios sociales que estamos construyendo.

Sistema de cuidados. Un sistema de cuidados sería un conjunto articulado y formalizado de normas, activos, actividades, apoyos, estructuras y saberes mediante el cual los poderes públicos garantizarían el ejercicio efectivo del derecho al cuidado de todas y cada una de las personas que formamos parte de una sociedad. Como tal no existe en nuestro ordenamiento, si bien hay varios sistemas públicos que dan respuestas parciales y limitadas a algunas necesidades de cuidados. Un sistema de cuidados podría construirse integrando y transformando sistemas existentes (por ejemplo, el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia o el Sistema Vasco de Servicios Sociales).

Sistema público-comunitario de cuidados: Cuando se habla de un sistema público-comunitario de cuidados se quiere expresar que puede y debe haber compatibilidad y sinergia entre la garantía por parte del Estado del derecho universal e incondicional al cuidado y el compromiso colectivo de los miembros de la sociedad a través de otros medios como las relaciones familiares, la convivencia vecinal, la ayuda mutua, la acción voluntaria o la economía social y solidaria.

Trabajo de hogar: Las actividades de la vida diaria se suelen clasificar en básicas, instrumentales y avanzadas. Las trabajadoras y trabajadores del hogar podrían asumir, en principio, los

cuidados que tienen que ver con las actividades instrumentales de la vida diaria, que suelen ser actividades que se pueden realizar sin que la persona que recibe los cuidados esté presente. La realización de otros cuidados por parte de trabajadoras o trabajadores de hogar y, por ejemplo, el trabajo de hogar interno serían realidades a superar en el marco del proceso de profesionalización. Este país y sus instituciones tienen (y aumentan cada día) una deuda histórica y una obligación de reparación para con miles de trabajadoras de hogar migradas que han asumido y siguen asumiendo exageradas cargas y excesivos contenidos en el trabajo de cuidados.

Nuestras limitaciones, nuestra vulnerabilidad

Llamamos discapacidad a diferentes tipos (y grados) de situaciones en las que se percibe un desajuste entre las capacidades funcionales, actividades habituales y roles sociales de determinadas personas y los requerimientos, expectativas y normas existentes en ciertos entornos. La discapacidad, por tanto, no es algo objetivo que le pasa a alguien o que alguien tiene, sino que es una experiencia (inter)subjetiva de limitación, socialmente construida.

En realidad, aunque la mayoría de las personas en la mayor parte de nuestra vida no estamos en una situación de discapacidad, todas experimentamos momentos o etapas de limitación o vulnerabilidad equivalentes. La discapacidad puede ser (debiera ser, seguramente) un “lugar” desde el que mirar las políticas públicas, un cristal a través del que analizar las intervenciones estatales profesionalizadas, una voz que escuchar con atención para mejorar las estrategias gubernamentales y los servicios de bienestar. En definitiva, una “prueba del algodón” acerca de (y un desafío para) la universalidad, sostenibilidad y calidad de los programas y estructuras de la Administración.

Aspiramos a que la discapacidad hoy y aquí pueda ser vivida, vista y tratada como una experiencia personal y colectiva (prevenible y transformable) dinámica y cambiante, en la medida en que todas las políticas públicas y sus profesionales se conjuren con las personas con discapacidad y con cada comunidad para facilitar la vida autónoma en equidad de todas las personas.

La elaboración, implementación y evaluación de las políticas públicas debe incorporar la perspectiva, entre otras, de la discapacidad. Y no sólo cuando se trate de políticas públicas explícitamente relacionadas con este fenómeno, sino también en otras. Se trata de avanzar hacia la accesibilidad universal, de manera que todos los entornos, procesos, bienes y servicios puedan ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad, y de la forma más natural y autónoma posible. El objetivo es que cada vez resulte más irrelevante, para la persona y para sus entornos, la situación de discapacidad. Cada vez menos necesaria dicha etiqueta. Cada vez más parecidas, en derechos de ciudadanía y calidad de las oportunidades, las diversas experiencias de lo humano (Rodríguez, 2022).

Se dice que para cuidar a una criatura hace falta una tribu y, ciertamente, cuanto mayor es la limitación y vulnerabilidad de la persona que necesita cuidados más compleja y dinámica necesita ser la red de cuidados y más lacerantes y peligrosos son sus sesgos, grietas,

desigualdades y ausencias. Posiblemente nos estamos acercando a una tormenta perfecta en la que, por una parte, aumenta el número y complejidad de las situaciones de discapacidad y dependencia y, por otra, el cuerpo social está expectante y agitado en relación con desafíos energéticos, climáticos, demográficos, tecnológicos, administrativos, sanitarios, financieros, geopolíticos y otros más. De ahí la imperiosa necesidad de transformar el modelo de cuidados.

Un modelo de cuidados

Hoy y aquí, un nuevo modelo de cuidados cotidianos que merezca tal consideración habría de satisfacer suficiente, simultánea y sinérgicamente, al menos, tres requisitos:

- Garantizar cuidados de calidad para todas las personas en su amplia diversidad funcional, generacional, familiar, convivencial, residencial, cultural o de cualquier otra índole.
- Incentivar el compromiso personal, familiar y comunitario (intrageneracional e intergeneracional) de cuidarnos y cuidar con previsión y equidad.
- Multiplicar el valor económico agregado de los cuidados profesionalizados y otras actividades y activos conexos.

En el nuevo modelo el cuidado debe llegar a configurarse y tratarse como un valioso bien público a cuyo disfrute tengan derecho efectivo todas las personas, cualesquiera que sean sus características, circunstancias u opciones. Para ello es imprescindible un liderazgo institucional multinivel con una capacidad instalada mucho mayor que la actual, resolutivo y determinante en todos los eslabones de la cadena de valor de los procesos de cuidado: desde la orientación a la evaluación, pasando por la formación del personal, la innovación tecnológica o la provisión. Necesitamos aumentar fuertemente la autonomía estratégica de nuestro sector público en materia de cuidados (Rodríguez Cabrero, 2022).

A la vez, en ese nuevo modelo se deben identificar, promover, reconocer, potenciar y estimular los comportamientos preventivos, colaborativos y solidarios de las personas en esta materia. Los cuidados humanos tienen un núcleo o corazón indispensable e indelegable, de suerte que, en última instancia, nadie debería pretender dimitir de ellos. En puridad, dada la gran vulnerabilidad e interdependencia de los seres humanos, no cabría apelar a un supuesto derecho a no cuidar(se), al no cuidado. La urgencia de construir densidad e intensidad (escalables y desescalables, es decir, capaces de crecer y decrecer) en nuestras relaciones primarias de cuidado (por el reto demográfico) se parece mucho a (y tiene mucho que ver con) la cuenta atrás para la transición energética ante la amenaza de la crisis climática.

Por último, el mundo de los cuidados debe salir definitivamente de ese no lugar de invisibilidad, desvalorización y precariedad en el que en gran medida sigue ubicado (Camps, 2021). La cualificación profesional, el desarrollo tecnológico, el fortalecimiento ético, la mejora de la gestión, la gobernanza corporativa y una nueva regulación deben impulsarse estratégica-

mente desde el estado de bienestar y desde la sociedad civil, emitiendo señales claras para desencadenar círculos virtuosos entre los comportamientos económicos de destinatarias, contribuyentes, trabajadoras, cotizantes, técnicas, ahorradoras, desarrolladoras, clientes, gestoras, directivas, inversoras, decisoras y otras.

Se trata, por tanto, de liderar desde la política una verdadera e impostergable revolución laboral, productiva, económica, comunitaria y cultural que sea capaz, en un tiempo récord, de poner el cuidado en el centro de la sociedad, en tanto que derecho de ciudadanía, práctica cotidiana y fuente de riqueza. De modo que, finalmente, constituyendo una mayoría social, comprendamos, defendamos y construyamos ese nuevo modelo de cuidados entre los seres humanos de la mano de la transición justa que nos reconcilie con nuestro entorno natural.

Contribuciones en este número de *Grand Place*

Tras este artículo introductorio, Marije Goikoetxea nos ofrece la perspectiva ética como puerta de entrada al estudio sobre los cuidados y María Teresa Martín y José María Muñoz exploran la relación entre cuidados y tecnologías. A continuación, nos encontraremos con tres textos de referencia, los únicos del monográfico que no son artículos al uso elaborados para la ocasión, a saber:

- Un texto emblemático de María Ángeles Durán con su propuesta conceptual sobre el cuidatorio, seleccionado en diálogo con la autora y cuya publicación en este monográfico ella ha aprobado expresamente.
- Un artículo de Amaia Pérez Orozco que, si bien se había publicado en castellano, aparece en *Grand Place*, por primera vez, en su versión en euskera.
- Una recensión, por su importancia referencial, de la recientemente aprobada Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad.

Sigue la contribución de Jasone Cía, Arantxa Mendieta y Raquel Sanz con una radiografía cuantitativa de las necesidades y coberturas de los cuidados en el País Vasco.

A partir de ese momento se abre el abanico con el conjunto de miradas sobre los cuidados que contiene este número monográfico: Joseba Zalakain, con la mirada del consultor en políticas públicas. Maite Peña, desde su experiencia como Diputada responsable en materia de servicios sociales en la Diputación Foral de Gipuzkoa. Ainara Santamaria y Miren Aranguren, desde su perspectiva feminista y comunitaria. Karnele Acedo, desde el proceso de profesionalización de los cuidados en una cooperativa de iniciativa social. Boni Cantero, aportando la visión desde los servicios sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Iñigo Kortabitarte, como emprendedor en el campo del apoyo digitalizado a las personas cuidadoras. Jone Robledo, desde la perspectiva sindical. María Juncay, con su experiencia como inmigrante dedicada al cuidado doméstico. Alfonso Gurpegui, desde el liderazgo en las políticas de empleo y profesionalización de los cuidados en el Gobierno Vasco. Y Félix Arrieta, desde la disciplina de la ciencia política en la universidad.

El número se cierra con sendas entrevistas: una a Fany Galeas, secretaria de las Mujeres y de Políticas de Igualdad de la Comisión Ejecutiva de la Federación de Hábitat CCOO-Cataluña y a Mikel Torres, Consejero de Economía, Trabajo y Empleo del Gobierno Vasco.

Una vez más nuestra *Grand Place* se vuelve a llenar de voces comprometidas, significativas, representativas, plurales y libres. Cada persona ha expresado sin cortapisas sus puntos de vista y lo ha hecho a su manera. Cuando las lectoras y lectores lean los artículos (recorran la plaza) sentirán matices, diferencias y contrastes entre las aportaciones. No podía ser de otro modo en un asunto tan sensible como el de los cuidados.

Por lo demás, todo proyecto humano está soportado, atravesado e impulsado por tramas, procesos e historias de cuidados. Por eso no queremos terminar este artículo sin mencionar, al menos, a Mercedes Arbaiza y Almudena Hernando. Ambas pusieron todo su empeño en contribuir con un artículo a este monográfico pero otros cuidados y proyectos tuvieron que ser priorizados. Sin embargo, su aliento, energía e impulso ha llegado sin duda a estas páginas, como el de otras personas.

Cuando se cumple un año de la huelga feminista por un sistema público-comunitario de cuidados y está comenzando una nueva Legislatura en la Comunidad Autónoma del País Vasco y se ha formado recientemente un nuevo Gobierno, este número monográfico de *Grand Place* se configura como un lugar de encuentro, diagnóstico, reflexión y propuesta en el que queremos afilar y afinar nuestros instrumentos de análisis y acción política para contribuir a un impulso decisivo hacia esa Euskadi de los cuidados que ansiamos y necesitamos.

BIBLIOGRAFÍA

CAMPS, Victoria (2021): *Tiempo de cuidados*. Barcelona, Arpa.

COMAS, Dolors y MARTÍNEZ BUJÁN, Raquel (2022): "Hacia un modelo alternativo de cuidados" en COMAS, Dolors y BOFILL, Silvia (edición): *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la covid-19*. Valencia, Tirant Humanidades, pp. 423-450.

DALY, Mary y LEÓN, Margarita (2022): "Care and the analysis of welfare states" en NELSON, Kenneth y otras (edición): *Social policy in changing european societies*. Cheltenham, Elgar, pp. 20-33.

RODRÍGUEZ, Pilar (2022): "La atención integral y centrada en la persona (AICP) en el ámbito de los cuidados de larga duración, sus fundamentos y sus dos dimensiones" en RODRÍGUEZ, Pilar y otras (coordinación): *La atención integral y centrada en la persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados*. Madrid, Tecnos, pp. 86-119.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (2022): "Autonomía y dependencia" en DURÁN, María Ángeles y otras: *Un país para mayores*. Madrid, Instituto Santalucía, pp. 132-147.

PERSPECTIVA ETICA DE LOS CUIDADOS

MARIJE GOIKOETXEA ITURREGUI

Los hechos: necesitamos dar y recibir cuidados

Sólo gracias a que somos intensa e integralmente cuidadas por otras personas hacemos efectiva nuestra condición humana. Ser cuidadas es una experiencia primaria en nosotras, que incluye dos movimientos que se inician en la infancia y permanecen a lo largo de toda la vida: la receptividad y la responsividad (utilizando una expresión de Xabier Etxeberria, 2021)¹, es decir, un atender solícito que surge tras la recepción de la necesidad de otra persona y encuentra sentido en la propia identidad de “hacerse cargo” de quien lo necesita. Así, a lo largo de toda la vida nos vamos capacitando en diferentes momentos y circunstancias en las diferentes vertientes del cuidado: cuidar, cuidarse, cuidarnos.

La apertura a ser cuidadas es una constante de la vida humana, debido a nuestra intrínseca, y por tanto permanente, condición de fragilidad (podemos “rompernos”) y de vulnerabilidad (podemos “ser heridos”, por otros o por nosotros mismos). La fragilidad y la vulnerabilidad puede presentarse de maneras y con intensidades diferentes que no pueden ser evitadas o resueltas desde las capacidades independientes y recursos propios, sino que evidencian nuestra condición de dependencia.

Desde esta comprensión de lo humano, coincidiendo con Fernando Fantova, “denominaríamos cuidado o cuidados a la atención y atenciones personales (de carácter altamente relacional) que precisamos todos los seres humanos, en diferentes etapas y circunstancias de nuestra vida, en razón de limitaciones puntuales, temporales o permanentes en nuestra capacidad autónoma para las decisiones y actividades de la vida diaria” (Fantova, 2023)².

En la modernidad liberal, más o menos igualitaria, en la que vivimos, con su ideal de individuo independiente y autosuficiente, la cultura de los cuidados es (casi) contracultural (Etxeberria, 2021). Necesitar cuidados de larga duración, (aunque quizá como dice Fantova³ fuera más adecuado llamarlos de larga evolución, pues, frecuentemente, además de durar mucho, cambian mucho), es vivido como un fracaso, como una vida sin sentido; si además esos cuidados se procuran en una situación de dependencia para las actividades cotidianas (de la

vida diaria decimos) se consideran frecuentemente una humillación, una pérdida de dignidad, es decir de autoestima o estima social.

Debemos avanzar hacia una cultura de los cuidados, puesto que son necesarios ante la condición interdependiente de todas las personas. Esa cultura reclama transformaciones relevantes en mentalidades, actitudes y conductas en el ideal de modernidad. Reclama lucidez para reconocer que ser dependientes y vulnerables, por tanto, necesitar cuidados, es intrínseco y permanente para la condición humana; también, lo es ser capaces y libres, y, por tanto, poder autocuidarnos y cuidar. Esta comprensión supone cambiar el objetivo, personal, y de las políticas sociosanitarias; el objetivo no es evitar la dependencia, sino la dominación, el sufrimiento y la exclusión que la dependencia genera, si no disponemos de un sistema de cuidados universal, como universal es la condición humana dependiente.

Nuestra necesidad de apoyos para ser y vivir no disminuye nuestro anhelo de autorrealización, de vida buena, de vida lograda, como diría P. Ricoeur (2005)⁴. Nuestra autorrealización se concreta en un proyecto de vida particular, en un código moral personal que determina nuestros fines, nuestro sentido y significado. Denominamos autonomía a esta capacidad de proponernos objetivos y fines y consecuentemente tomar las decisiones y realizar las conductas para lograrlos, responsabilizándonos de dichas decisiones y acciones y de sus consecuencias en nuestra vida y en otras personas, actuales o futuras. Dicha capacidad autónoma se logra gracias a las aportaciones de otros (educación, amor, reconocimiento, cultura...) y nuestros proyectos de vida son con y para otros e incluyen el cuidado como fin y como medio, es decir como dar y como recibir cuidados.

Si bien la autonomía es siempre limitada, puede hacerse muy limitada en situaciones de discapacidad, enfermedad grave o deterioro progresivo prolongado. Son precisamente las situaciones de cuidados prolongados sostenidos en el tiempo los que requieren una organización de personas y recursos suficientes, y en parte especializados, que aseguren los cuidados correctos a la persona, y cuando decimos correctos, incluimos la corrección técnica pero también la bondad moral de los mismos y por tanto un juicio ético.

La ética como garantía de un buen cuidado

La ética, el acuerdo ético de una sociedad, es la garantía tanto para la reclamación de dichos cuidados cuando se necesiten, como para su correcta realización. Aunque puede parecer obvio, merece la pena recordar que dicha garantía sólo se fundamenta en el reconocimiento de la igual dignidad, es decir en la consideración del *valor intrínseco* de cualquier persona, independientemente de sus características biológicas, psicosociales o administrativas individuales. Es dicho reconocimiento el que nos obliga a tratar a las personas, tanto en las relaciones privadas, primarias o profesionales, como en su consideración de ciudadanas/os titulares de derechos, con consideración y respeto, como se merecen.

La actividad de cuidar debe ser buena en un triple sentido:

- Porque se realiza a través de una intervención instrumental técnicamente correcta para satisfacer la necesidad concreta de la persona cuidada;
- porque provee de apoyos para llevar adelante los propios fines, el propio proyecto de acuerdo a los valores y preferencias particulares tanto para la persona cuidada como para la persona cuidadora;
- porque se da en una relación humana de buen trato que alivia el malestar y reconoce la dignidad y el valor de la persona a través de la estima, la compasión, la diligencia, el agradecimiento, la confianza...y otras competencias éticas relacionales que denominamos virtudes.
- Además, tratar bien, con consideración y respeto tanto a la persona cuidada como a la que cuida, exige establecer relaciones de simetría moral, donde la persona cuidada es una interlocutora válida que decide y se corresponsabiliza de sus cuidados y sus implicaciones en el resto de la comunidad de referencia, y en concreto en las personas que le cuidan, y la persona que cuida no es explotada e instrumentalizada como “mero medio”.
- Que la dignidad y el buen trato alcancen a todas las personas por el hecho de serlo, hace que la reclamación de cuidados tenga un alcance universal, sea una exigencia de justicia, y que consecuentemente pueda reivindicarse como derecho humano.

El deber de la justicia en el cuidar bien: el cuidado como derecho humano

La referencia a la justicia y la consideración del cuidado como un derecho nos remite a la dimensión deontológica de la ética, que se fundamenta en la categoría de deber, esto es, de lo que se me impone obligadamente, y lo que puedo exigir.

El respeto a la dignidad de la persona a la que se cuida tiene dos vertientes: en negativo (no abandonar, no dañar, no coaccionar su autonomía), y en positivo (escuchar, apoyar todo lo posible su autonomía fragilizada).

Las complejidades de necesidades en muchos casos y las intensidades en el tiempo de las dependencias y enfermedades que precisan cuidados prolongados y la armonización de dichos cuidado con los proyectos de vida de las personas que ejercen los cuidados de manera primaria (familiares, allegadas, amigas...), hacen necesaria la profesionalización de los cuidados, ligada en unos casos a los cuidados especializados y, en otros, a los cuidados básicos y al acompañamiento en amplios y prolongados tiempos.

Con ello, se hace necesario abordar lo contractual en los cuidados, es decir, la lógica de la equivalencia entre el cuidado realizado y la remuneración recibida. Se hace así presente una segunda expresión de la justicia en los cuidados, que se complejiza estructuralmente si, además, estos cuidados se realizan fuera de los espacios primarios propios de la persona cuidada, en instituciones especializadas como los hospitales o las residencias.

Cuando en los años setenta del siglo pasado las feministas de la segunda ola, difundieron el eslogan de que *lo privado es político* propusieron un giro imprescindible. Se trataba de poner de relieve que todos los impedimentos que siempre lastraron a las mujeres para actuar en igualdad de condiciones con los hombres debían dejar de ser vistos como estrictamente privados o domésticos. La división entre lo privado y lo público ha corrido paralela a la división entre el trabajo productivo y el trabajo reproductivo. Aquél era el importante, el que merecía ser llamado “trabajo”, porque tenía un precio, un salario; en cambio el trabajo al que obligaba la reproducción, el cuidado de la infancia y la dependencia, ese nunca fue considerado trabajo ni se remuneró. Al no tener reconocimiento económico, nunca tuvo reconocimiento social. Era “natural” que las mujeres cuidaran a sus allegados, no había que discutir nada.

Ha sido ahora, cuando las mujeres ya participamos en el trabajo productivo, cuando se ha puesto de manifiesto que las necesidades de cuidado siguen estando ahí y alguien tiene que hacerse cargo de ellas. ¿Quién? Tronto lo dice muy claro: la función de una democracia cuidadora es “detectar necesidades y repartir responsabilidades”. Nadie debe “escaquearse” de cuidar. Habrá cuidados más espontáneos y otros más profesionalizados, pero organizar los cuidados es la obligación de un Estado social como el que suponemos que tenemos. El relevante alcance social de la reclamación de justicia que late en el fondo de los cuidados, se manifestó claramente en la propuesta de la huelga feminista del pasado 8 de marzo: *Revolucionar los cuidados para cambiarlo todo*.

Además de las obligaciones del Estado y las organizaciones que prestan cuidados, desde la categoría de la justicia se concretan obligaciones entre la persona cuidada y la persona cuidadora, que podríamos formular así: “En la relación de cuidado tengo el deber de respetar al otro como persona digna y el derecho a que el otro me respete igualmente a mí”.

Conviene señalar, como veremos a continuación, que la perspectiva de la justicia y los derechos no agotan los dinamismos propios de lo no mensurable en el cuidado, que surge de la comprensión del cuidado como bien relacional de carácter interpersonal, pero reconocerlo así implica que ser cuidada y cuidar no es un mero bien privado, solventable en la familia, en el autocuidado, o en el mercado de los cuidados, con las desigualdades y discriminaciones, principalmente de género, de origen y de clase social, que esto acarrea, sino un bien público de alcance universal. Joan Tronto (2024)⁵ habla de una “democracia cuidadora”, cuyo propósito es llevar el cuidado a la vida pública en general, comprendiéndolo como un derecho y un deber que adquiere distintas dimensiones para diferentes agentes y que nos concierne a todos. Como dice Tronto: “En un contexto patriarcal, el cuidado es una ética femenina; en un contexto democrático, el cuidado es una ética humana”.

Cabe objetar que no hay una declaración expresa del derecho al cuidado ni en los documentos internacionales, ni en el marco jurídico nacional, donde se aborda desde la atención a la dependencia y las prestaciones universales que se derivan del reconocimiento “objetivo” de la discapacidad. La perspectiva de la ética de la justicia en relación con los cuidados conlleva

irremediablemente a plantear la dimensión estructural de la ética de los cuidados. Es sólo a través de estructuras y sistemas públicos de acceso universal donde puede realizarse su universalización en justicia.

Desde el año 2008, Fernando Fantova⁶ viene proponiendo, precisamente la consolidación del sistema de servicios sociales con el objetivo de proteger y asegurar la “interacción” social. Fantova define la interacción como “el ajuste” entre la autonomía de la persona para las decisiones y actividades de la vida diaria y sus relaciones primarias de carácter familiar y comunitario que le permitan obtener los apoyos necesarios para dicha autonomía. El propio autor señala que algunas situaciones de dependencia y discapacidad que requieren cuidados prolongados hacen imprescindible concebir los sistemas públicos de servicios sociales como universales (Fantova, 2022):

- Situaciones de dependencia funcional y, en general, de discapacidad, en la medida en que las limitaciones funcionales constituyen, normalmente, una afectación de la situación de interacción de las personas en su vertiente de autonomía o capacidad para las decisiones y actividades de la vida diaria y, a su vez, eventualmente, una mayor carga de cuidado o apoyo por parte de personas que mantienen relaciones primarias con ellas;
- situaciones de desamparo en la infancia y la adolescencia;
- situaciones de violencia de género, a los que me atrevo a añadir cualquier otro tipo de malos tratos que generan daño a personas en situación de vulnerabilidad y/o dependencia;
- situaciones de exclusión que suponen un déficit relacional que impide obtener los apoyos sociales necesarios para el desarrollo de una vida autónoma.

A ello hay que añadir la incorporación de la ética profesional específica de las diversas profesiones implicadas en los cuidados. La teoría de los cuatro principios de la Bioética (Beauchamp y Childres, 1999) es actualmente, en el ámbito de las ciencias de la salud, el marco deontológico de referencia para determinar las obligaciones éticas de cuidado. El contenido de dichos principios y las obligaciones que los mismos exigen a los diversos agentes intervinientes en la intervención social son, en síntesis, los siguientes (Goikoetxea, 2023)⁷:

- El principio de *no maleficencia* concreta el respeto a la dignidad, en la obligación de no lesionar la integridad física y psíquica de las personas, por lo que exige buena praxis de profesionales, a través de intervenciones y procedimientos validados que supongan apoyos para mejorar las interacciones sociales y la autonomía personal y eviten daños derivados de dicha intervención.
- El principio de *justicia*, entendido como equidad en la distribución de bienes y recursos de cuidados. Hay situaciones que suponen en sí un atentado contra el principio deontológico de justicia, y por tanto contra la dignidad, como pueden ser el establecimiento de criterios de exclusión de determinadas prestaciones en función de la edad,

la discapacidad, la situación administrativa, las molestias para terceros, etc. Algunas discriminaciones atentan además al principio de no-maleficencia, cuando las personas sufren daños graves provocados por la ausencia (intencionada o no) de cuidados para la atención de necesidades básicas.

El cumplimiento de los principios de no maleficencia y justicia reclaman a los responsables, profesionales, y si existen también a las personas cuidadoras primarias y/o voluntarias:

- Formación, conocimientos y capacitación técnica para evitar riesgos evitables;
 - validación de los procedimientos e intervenciones a realizar, especialmente cuando los mismos puedan generar una limitación de derechos de las personas (restricciones, ingresos involuntarios, etc.);
 - establecimiento e información accesible sobre las prestaciones de cuidados existentes en cada dispositivo y ámbito de intervención (comunitario, especializado...);
 - normativas de convivencia en los alojamientos residenciales y centros de atención diurna y nocturna que no limiten los derechos de las personas y eviten los riesgos para la integridad física y psíquica de las personas residentes;
 - establecimiento de medidas para evitar la discriminación de las personas que acuden a los servicios y prestaciones o apoyos que hagan real la accesibilidad a los mismos para personas con dificultades o déficits personales y/o culturales;
 - en relación al maltrato: elaboración y aplicación de instrumentos de prevención, protocolos de detección e intervención, medidas de reparación a las víctimas del maltrato y eventualmente castigo a los culpables.
- El principio de *autonomía* concreta y desarrolla el respeto a la dignidad en el respeto y los apoyos a procurar para la autodeterminación de las personas. En realidad, su fundamento es la obligación de cada persona de cumplir sus obligaciones morales, de acuerdo a sus principios y valores, desarrollando un proyecto de vida acorde a ellos. Esa obligación reclama respeto y apoyos al resto de las personas, especialmente a las personas cuidadoras, en diversas direcciones:
 - aportar información comprensible y completa de la situación que una persona vive, así como de las alternativas que existen para dicha situación, conociendo los riesgos y ventajas esperables de las mismas;
 - contar con el permiso o consentimiento de las personas destinatarias de los cuidados para acceder a su vida privada: el derecho a la privacidad, intimidad y confidencialidad es una consecuencia de la obligación de respetar la autodeterminación de las personas;
 - evitar no solo imposiciones, sino también engaños y manipulaciones, eliminando cualquier obstáculo que impida a las personas tomar decisiones voluntarias y libres;

- prestar apoyos, intervenciones y recursos para facilitar la comprensión, la elección y la expresión de las propias decisiones. En ocasiones, podrá ser necesario poner a disposición de las personas recursos especiales como modos alternativos de comunicación; instrumentos para conocer, explorar y recoger sus valores y preferencias para ser tenidas en cuenta;...
- El principio de *beneficencia* es sin duda alguna el principio más implicado en lograr el mayor bien posible con los cuidados. Puede formularse como la obligación de procurar el bien a aquella/s persona/s que solicitan ayuda para mejorar sus niveles de interacción social y así poder autorrealizarse. Su cumplimiento supone para las personas cuidadoras profesionales, las cuidadoras primarias u otras personas que prestan apoyos:
 - realizar intervenciones valoradas como beneficiosas por la propia persona destinataria del cuidado, lo que exige su participación en la elaboración de los planes de intervención y/o cuidado;
 - que, en el caso de que observen carencias de autonomía, orienten prioritariamente la acción benefactora a potenciarlas y restituirlas si es posible, y sustituirlas únicamente en lo que no se pueda;
 - que, caso de tener que sustituir las decisiones de la persona, las opciones elegidas tengan en cuenta los valores de la persona a la que se representa;
 - que, en caso de que la persona no pueda decidir, ni aun con apoyos, proteger sus derechos y prestar los apoyos necesarios para desarrollar sus capacidades y una vida satisfactoria.
- La *deliberación y la prudencia*. Los cuatro principios arriba mencionados y planteados como universales no se entienden como absolutos, sino que se considera que pueden existir situaciones de excepción en los que alguno o varios no se puedan respetar. Cada uno de los principios incluye una esfera de valores en las situaciones concretas, y no siempre es posible su actualización, lo que complejiza la decisión sobre qué es lo mejor para la persona, al entrar en conflicto diversos principios, valores y responsabilidades. Por ejemplo, en la esfera del principio de no-maleficencia se encuentran valores como no hacer daño, prevenir futuros daños, evitar que las personas cuidadas se hagan daño entre sí, mejorar las ratios de profesionales para ofrecer mayores prestaciones que generen mayores beneficios, elegir el menor daño en situaciones de daño inevitable, limitar o adecuar las intervenciones en situaciones de futilidad, etc. Lo mismo ocurre con el resto de principios y es frecuente que existan conflictos de valores que dificultan la toma de decisiones.

En las decisiones concretas es necesario tener en cuenta a todos los afectados en la decisión y posibilitar un diálogo donde se expresen las diferentes perspectivas y obli-

gaciones morales de los implicados. Por ejemplo, de las personas cuidadas y también las personas cuidadoras. La dignidad de cada persona exige comprometernos responsablemente, no solo a dialogar, sino a deliberar para encontrar la mejor solución posible, donde más se protejan los principios éticos y los valores contenidos en cada uno de ellos. La “deliberación” es la concreción del compromiso benéfico con las personas que obliga a buscar una alternativa posible y prudente que responda mejor al respeto a la dignidad de la persona porque salvaguarda el mayor número de valores en conflicto (Gracia, D. 2001)⁸.

El autocuidado también amplía su perspectiva desde la ética de la justicia, pasando de un autocentrismo que busca el propio bienestar a un heterocentrismo de pensar en quienes nos cuidarán, si lo necesitamos, y en el bien común de no utilizar recursos y prestaciones necesarias para otras personas en situación de fragilidad o dependencia irremediable. Desde esta perspectiva el autocuidado es otra forma de formular el imperativo kantiano de respetar la dignidad de la otra persona.

Esta ligazón de los cuidados con la justicia es una condición necesaria, aunque, como veremos, no suficiente, para que una cultura de los cuidados pueda ser calificada como moral. Entendido el cuidado como una atención personal de carácter relacional, es necesario contemplar, junto a los principios deontológicos universales a cumplir, la perspectiva de la ética teleológica, que considera el cuidado como la provisión de apoyos para lograr la felicidad de las personas, y la ética aretológica que propone modos de relación de buen trato donde las personas (cuidadora y cuidada) se experimenten como dignas, como valiosas en su comunidad de referencia.

El cuidado como relación intersubjetiva que capacita la propia autorrealización

Mientras que las obligaciones deontológicas de carácter principialista reclaman imparcialidad para evitar la discriminación y justicia para evitar la explotación, la ética propiamente llamada “del cuidado” exige “responsabilidad” con las personas, para que éstas puedan sentirse “valiosas”, seguir formando parte de la red comunitaria en la que se integra y en la que ha establecido sus interacciones significativas, donde han construido su historia compartida con otras, y poder continuar un proyecto de vida con sentido, que les merezca la pena.

Lo que hoy en día conocemos como ética del cuidado es una corriente de pensamiento interdisciplinar cuyos orígenes se remontan a los años ochenta del siglo XX, momento en el que el feminismo de la segunda ola nutrió de las distintas corrientes teóricas existentes y que tiene como punto nodal justamente el cuidado.

La mayor parte de la literatura concede el nacimiento de la denominada “ética del cuidado” en la obra de Carol Gilligan *In a different voice* (1982)⁹. Gilligan era experta en psicología del desarrollo moral y criticó los modelos preexistentes de Lawrence Kohlberg, al sostener que sus teorías sobre las etapas de desarrollo moral sufrían un sesgo de género. Tras incluir sujetos

femeninos en los estudios, concluyó que la diferencia en los resultados correspondía a una diferente comprensión del dilema moral según si la persona había sido socializada como hombre (lo que llamó ética de la justicia) o como mujer (lo que llamó ética del cuidado).

En el primer caso, el dilema moral se entendía como un choque entre derechos o principios universales en conflicto de sujetos autónomos e independientes, donde no quedaba claro cuál debía prevalecer. En contraposición, la Ética del cuidado caracterizaba el dilema moral como un problema, como un conflicto entre responsabilidades (valores), por lo que su solución requería una forma de pensar contextual y narrativa, que entendiera y estudiara las relaciones entre sujetos interdependientes que estaban afectados por dicho problema, en vez de centrarse en los derechos formales y los principios universales.

Las relaciones más primarias de cuidados se dan en los marcos de relaciones intersubjetivas que normalmente quienes las viven los presuponen: relación materno-paterna y filial en las dos direcciones del cuidado (según la edad), relación de pareja, relación de fuerte amistad; incluso, en medida significativa, más complejizada, relación en comunidades de cuidados. La ética del cuidado no se asienta en principios generales ni en derechos universales, sino en el sentimiento que nos une en la contingencia y en las limitaciones que padecemos, del cual nace el deber mutuo de cuidarnos los unos a los otros.

Coincido con Victoria Camps¹⁰ en que pensar en una total profesionalización de los cuidados, dada la condición humana, no es un ideal moral. La realización primaria de cuidados con nuestros próximos, ensamblada con los cuidados profesionales en lo que se precise (pensando tanto en quienes cuidan como en quienes son cuidados), es en sí positiva, humanizadora, plenamente integrable en los horizontes personales de vida realizada donde el bienestar y la protección de las personas con las que estamos vinculadas forma parte de nuestro propio bienestar. Hay que reconocer que existe junto al derecho a ser cuidado el deber de cuidar, que afecta a todas las personas en función de sus capacidades y disponibilidades y que debe de ser asumida individual y colectivamente.

En la cultura de la autonomía independiente, “cuidar” sólo forma parte del proyecto de vida para quien elige una profesión ligada al cuidado y únicamente en su dimensión profesional. Para el resto es un obstáculo para su proyecto vital. En la cultura de los cuidados, que reconoce la interdependencia humana, también para ser felices, todas las personas tenemos disposición tanto acoger ser cuidados como la disposición a cuidar, en la medida en que la vida nos lo requiera. Esto no supone olvidar las circunstancias dolorosas y costosas que pueden implicar, sino el reconocimiento de que somos en comunidades en las que con-vivimos y con-morimos y cuidar el morir de la otra persona me capacita para mi propio vivir y morir.

El arranque más primario y específico del cuidar bien está en nuestros “fondos de bondad” (Etxeberria)¹¹, que se expresan, afectivamente, como compasión y benevolencia hacia quien experimenta dependencias o sufre heridas y, efectivamente, como “atenta atención” a la persona y solicitud diligente hacia ella y con ella, plasmada en los apoyos pertinentes para afrontar

positivamente tales dependencias y heridas. El cuidado es una expresión de la empatía moral inherente a la condición humana, que le lleva a sufrir con los que sufren, y en este sentido es un deber cívico que obliga a atender al prójimo que está en apuros.

Además de la realización de determinadas intervenciones y técnicas que satisfacen las necesidades básicas que las personas que la persona no puede afrontar con el autocuidado y/o alivian su malestar o sufrimiento, el cuidado es un bien relacional de “atención solicita” a una persona.

Es fundamental distinguir entre:

- *tener cuidado de* (que alguien no se caiga, se tome las medicinas...), que se caracteriza por una objetivación y delimitación precisa y
- *cuidar a* una persona (que precisa medicinas, apoyos...) lo que supone inevitablemente subjetivación, apertura a la relación, a la atención... Los cuidados, en su sentido propio, es intersubjetividad.

El objetivo primario del cuidado es atender solícita y eficazmente una necesidad de la persona, manifestada en una carencia/limitación o una herida de la que ella no puede hacerse cargo, y su realización es de tal modo que se cuida a la persona como tal y por tanto hay dimensiones que no son mensurables y por tanto son gratuitas: la amabilidad, la confianza, la diligencia... Cuidar sólo la limitación o herida implica des-cuidar e incluso puede ser mal-cuidar.

Si en los cuidados relativamente puntuales pueden ser sobre todo relevantes los principios éticos que expresan los deberes que van apareciendo en la toma de decisiones y la planificación de los cuidados, en los cuidados que se prolongan en el tiempo pasa a ser decisiva la confianza y la interacción, es decir los apoyos que se prestan y se aceptan para que la persona pueda capacitarse autónomamente. Los cuidados, los planes de cuidados, deben de contemplar la realidad única de cada persona, su “viaje” en palabras de Ramón Bayés. Desde esta perspectiva, la ética se desarrolla en intervenciones sociales con personas con identidades y biografías concretas, que son reconocidas diferenciadamente, en entornos culturales específicos y con relaciones de consideración y estima que generan bienestar y capacitan para la interacción positiva. En definitiva, se trata de establecer “interacciones relacionales personalizadas de ayuda de calidad” (Berritzu, 2022) que posibiliten vidas “logradas”.

Para ello, se impone ser conscientes de la dignidad de la otra persona: de la persona a la que se cuida y de la persona que nos cuida; y ser conscientes de la propia dignidad. Al no ser una pura prestación de algo a alguien, se va instaurando una relación, asimétrica en cuanto que una persona recibe el cuidado y otra lo ofrece, pero cuando los cuidados son prolongados y crece la confianza, ambas dan y reciben, en interdependencia. La común dignidad iguala decisivamente, en el valor como personas, cualquier asimetría en la relación de cuidado¹². La persona cuidada también puede instrumentalizar y mal-tratar o por el contrario estimar como valiosa y tratar bien a la persona cuidadora.

La confianza mutua se sostiene éticamente en el tiempo gracias a lo que denominamos las virtudes del cuidado. En las relaciones de cuidado son decisivas virtudes como estas: confianza, escucha, atención, serenidad, humildad, gratitud, amabilidad, paciencia, fortaleza... Las virtudes son formas de ser (remiten a la plenitud personal: *areté=excelencia*) que implican a la personalidad entera, especialmente a los sentimientos, y que se expresan en disposiciones habituales en el obrar. Nos situamos con ellas en la dimensión *aretológica* de la ética del cuidar bien. Cabe destacar que dichas virtudes no deben de desarrollarlas solo las personas cuidadoras, sino también las personas cuidadas. MacIntyre¹³ habla de “virtudes del dar” y “virtudes del recibir” y señala entre estas últimas, el agradecimiento, la paciencia, la colaboración y la confianza.

Cuidar la casa común

Aunque probablemente otras autoras de esta obra abordarán con mayor profundidad el tema del cuidado de la naturaleza, es ineludible en una reflexión sobre la dimensión ética de la responsabilidad del cuidado a la vulnerabilidad y fragilidad humana, introducir la responsabilidad sobre nuestra “casa común”¹⁴.

Tal y como afirma la ecofeminismo (Herrero, Y., 2016)¹⁵ además de interdependientes somos ecodependientes. Es imposible pensar en el desarrollo y el futuro de las personas y las comunidades desconociendo el impacto de la acción humana sobre la naturaleza. Dicho impacto afecta de manera desigual como sabemos, aumentando la situación de pobreza de algunas comunidades y no otras. Las interdependencias sociales y vitales que nos atraviesan deben ser asumidas colectivamente, y no en relación a roles históricos que generan desigualdad y explotación de las mujeres y de las poblaciones empobrecidas, ni tampoco a costa del dominio y la sobreexplotación de la biosfera.

Los últimos informes sobre cambio climático apuntan a que puede que los ecosistemas ya estén colapsando, y es imposible seguir ocultando los signos de agotamiento de energía y de materiales. Ya no es creíble, además, que el deterioro ambiental sea el inevitable precio que hay que pagar por vivir en sociedades en las que las grandes mayorías se sienten seguras y protegidas. Sabemos, y es también una cuestión de justicia, que la explotación y la degradación ambiental afectan desproporcionadamente a las comunidades vulnerables.

Es imposible pensar en el desarrollo y el futuro desconociendo el impacto de la acción humana en la naturaleza. Se trata de combatir la emergencia climática y también de idear nuevas maneras de relacionarnos con la naturaleza, con nuevos modelos de producción y consumo que sean más respetuosos con la naturaleza y sostenibles en el tiempo. Proteger y respetar los animales y la naturaleza también son formas de cuidado, y además tenemos obligaciones con ellos.

Son varias las propuestas éticas de cuidado a la naturaleza, principalmente desde el ecofeminismo que visibiliza la intersección entre la opresión de género y la degradación ambiental. Podríamos resumir sus principios fundamentales en los siguientes (Puleo, 2015; Lecaroz, 2013)^{16 17}

- Respeto por todas las formas de vida: Este principio sostiene que todas las formas de vida tienen valor intrínseco y merecen respeto y protección lo que supone desde una antropología de la ecoddependencia reflexionar, y probablemente cuestionar, la absoluta y exclusiva dignidad del ser humano.
- Interconexión: Reconocer la conexión entre todas las formas de vida y los ecosistemas pues las acciones que dañan una parte del ecosistema pueden tener efectos en cadena en otras partes.
- Cuidado y sostenibilidad: Promover sistemas de cuidado y prácticas sostenibles que respeten y protejan el medio ambiente.
- Denuncia de la violencia: Contra la naturaleza y las mujeres, destacando cómo la explotación y la violencia están interrelacionadas.
- Equidad y justicia: Se enfoca en la distribución justa de los beneficios y cargas ambientales, de modo que las comunidades más vulnerables no sean desproporcionadamente afectadas por los problemas ambientales buscando alternativas que permitan construir sociedades equitativas y respetuosas con el entorno natural.
- Alternativas sostenibles: desarrollar y promover alternativas que permitan una convivencia armoniosa y sostenible con la naturaleza.
- Justicia intergeneracional: aboga por considerar los derechos y necesidades de las generaciones futuras a vivir y disfrutar de la naturaleza, y tomar decisiones sobre el uso de recursos y la gestión ambiental.

A modo de conclusión

Reconocer la vulnerabilidad humana y la necesidad de apoyos para poder vivir, es el fundamento antropológico de considerar el cuidado como práctica esencial para nuestra supervivencia y bienestar común, y que por tanto debe de ser asumido colectivamente, lo que supone la consolidación de un sistema público universal de cuidados.

La dependencia con carácter permanente es una contingencia que puede afectar al anhelo individual de realización personal y desarrollo humano integral de cualquiera de nosotras y nosotros. La calidad ética, y por tanto humana, en el seno de una comunidad se mide con arreglo a su dedicación y trato a los más débiles y la perspectiva desde donde se plantea su atención. Una sociedad que no hiciera sitio o des-cuidara a sus miembros menos funcionales, autónomos e independientes, no podría considerarse una sociedad moralmente digna.

El cumplimiento del imperativo ético de buen trato en el cuidado a las personas en situación de grave discapacidad y/o dependencia, en virtud de la prolongación en el tiempo de la relación de cuidado en la mayoría de los casos, sólo puede lograrse incorporando personas profesionales que complementen a las cuidadoras primarias; un buen cuidado requiere tener

en cuenta, por un lado principios éticos universales que exijan en justicia y con imparcialidad la igual consideración social y la defensa de los derechos tanto de las personas cuidadas como de las personas cuidadoras, y por otro lado que se realice en relaciones de compromiso con la autorrealización y la felicidad de las personas. Por ello, las orientaciones éticas para el buen trato deben desarrollarse en dos direcciones complementarias: la deontológica o de la justicia y la aretológica o del cuidado.

Desde la perspectiva deontológica es exigible por un lado denunciar cualquier situación de discriminación en el acceso a los cuidados necesarios y/o maltrato como generador de daño a la persona cuidada, y por otro acabar con la explotación de las personas cuidadoras, principalmente mujeres migradas en situaciones de precariedad legal y económica, que cuidan sin reconocimiento social y en condiciones laborales incompatibles con una vida digna; Fantova¹⁸ plantea en este sentido la necesidad de descolonizar el cuidado, lo que es sin duda una cuestión de justicia.

He intentado mostrar en mi reflexión que el buen cuidado requiere en quien cuida una capacitación racional de carácter deliberativo para argumentar las decisiones a tomar desde los principios éticos universales (no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia), y también una capacitación emocional o sentimental que posibiliten el desarrollo virtuoso que permita a la persona experimentarse como valiosa superando su humillación y la experiencia de ser una "carga" y la realización de la justicia (Camps, 2011¹⁹; Cortina, 2010²⁰).

Los cuidados son un reto colectivo que debe generar preocupación y reflexión social en relación con la forma de comprender, organizar y dotar de políticas sociales y recursos su abordaje, incluyendo la conciencia y la responsabilidad de la sostenibilidad y el cuidado del planeta en el que vivimos. Pero es además una responsabilidad personal y colectiva que sólo puede responderse adecuadamente desde la capacitación ética individual y social, pues todas somos agentes de cuidado o desprotección, de buen trato o mal trato. Es, por todo ello, un gran tema merecedor de la búsqueda de grandes consensos éticos, políticos y sociales.

NOTAS

¹ Etxeberria, X. (2020). *Dependientes, vulnerables, capaces: Receptividad y vida ética*. Los Libros de la Catarata.

² <https://www.fantova.net/category/cuidados/page/2/>

³ <https://www.fantova.net/category/cuidados/>

⁴ Ricoeur, P. (2005). *Caminos del reconocimiento. Tres estudios*. Madrid: Trotta.

⁵ Tronto, Joan (2024). *Democracia y cuidados. Mercados, igualdad y justicia. El cuidado en el centro de la vida humana*. Jean-François Silvente (Traductor). Madrid. Rayo Verde.

⁶ Fantova, F. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao: Instituto de Derechos Humanos. Universidad de Deusto.

⁷ Goikoetxea, M. (2023). "Ética, buen trato y modelos de intervención y relación profesional". En Berasaluce, A.; Ariño, M.; Ovejas, R.; Epelde, M. *Supervisión: hacia un modelo colaborativo y transdisciplinar*. Dykinson, pp. 415-431.

⁸ Gracia Guillén, D. (2001). "La deliberación moral: el método de la ética clínica". *Medicina clínica*, n. 117, 2001, pp. 18-23.

⁹ Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Harvard University Press.

¹⁰ Camps, V. (2021). *Tiempos de cuidados*. Arpa.

¹¹ Etxeberria, X. (2021). "Autonomía responsable, receptividad responsiva". *Revista internacional de los estudios vascos = Eusko ikaskuntzen nazioarteko aldizkaria = Revue internationale des études basques = International journal on Basque studies, RIEV*, Vol. 66, N. 1-2, pp. 36-63.

¹² Etxeberria, X; Goikoetxea, M. (2019). "Marco ético de la asistencia personal". En: *La asistencia personal en salud mental* / coord. por Teresa Orihuela Villameriel, Loreto Cantero López, Ángeles López Fraguas, pp. 25-47.

¹³ MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes* (traductora Beatriz Martínez de Murguía). Barcelona: Paidós.

¹⁴ Francisco (2015). Carta encíclica "Laudato si". https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html

¹⁵ Herrero, Yayo. (2016). "Economía feminista y economía ecológica, el diálogo necesario y urgente". *Revista de Economía Crítica*, n. 22, segundo semestre 2016, ISSN 2013-5254.

¹⁶ Puleo, Alicia (ed.) (2015). *Ecología y género en diálogo interdisciplinar*. Plaza y Valdés.

¹⁷ Lecaros Urzúa, J. A. (2013). "La ética medio ambiental: principios y valores para una ciudadanía responsable en la sociedad global". *Acta bioethica*, 19(2), 177-188. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2013000200002>

¹⁸ <https://www.fantova.net/category/cuidados/>

¹⁹ Camps, V (2011). *El gobierno de las emociones*. Barcelona: Herder.

²⁰ Cortina, A. (2010). *Justicia cordial*. Madrid: Trotta.

ENTRAMADOS DE CUIDADOS Y TECNOLOGÍAS: DESAFÍOS ÉTICOS Y POLÍTICOS

MARÍA TERESA MARTÍN PALOMO Y JOSÉ MARÍA MUÑOZ TERRÓN

Introducción

Los cuidados son esenciales para la vida y el bienestar de todas las personas, permiten sostener el mundo común y generar los vínculos que mantienen todas las sociedades. Hay una vulnerabilidad que forma parte de lo que nos define como humanos. Por eso, los cuidados son una necesidad indispensable para las personas de toda condición (Paperman, 2005). Y de ahí que los podamos descubrir en todo lugar y circunstancia. Lo cierto es que este carácter primordial del cuidado solamente ha sido puesto en valor cuando los estudios feministas y de género han empezado a analizar y reivindicar su papel insustituible en el florecimiento de la vida social. Los cuidados pueden definirse, con Jean Tronto (1993), como un proceso social complejo que comienza siempre antes, y termina siempre después, de que las prácticas materiales de cuidar tengan lugar. Un proceso de cuatro fases, de las que vamos a destacar aquí por su importancia, la primera, el atender, y la cuarta, el responder. La circularidad del cuidado se completa, para Tronto, por este su carácter responsivo, es decir, la capacidad de mostrar receptividad a los cuidados. Se puede añadir, además, una responsividad del cuidado, que es previa a todo hacer, pues cuidar y descuidar se dan siempre como respuesta a una interpelación que nunca queda cubierta del todo (Muñoz Terrón, 2010). Tanto atención como responsividad son fundamentales, a nuestro modo de ver, para que los cuidados tengan calidad, al tiempo que son las menos tenidas en cuenta en los diseños de políticas públicas o en la definición de las competencias y saberes que deben incorporarse en los diferentes trabajos de cuidados.

Las tecnologías son también parte consustancial de lo que nos hace humanos y conforman nuestras sociedades desde tiempos ancestrales; en verdad, desde que los humanos empezamos a crear nuestras primeras y más básicas herramientas. No obstante, al igual que los cuidados, tienden las tecnologías a naturalizarse cuando nos acostumbramos a ellas. Pensemos en la rueda, o en una palanca, pero también en una batidora, un teléfono móvil, o el servicio de teleasistencia, ¡parece que hubieran estado ahí desde siempre! Hablar de tecnologías, como hablar de cuidados, es pensar en casi todo.

Aquí queremos centrarnos en su dimensión ético-política. Y vamos a reflexionar en torno a algunos de los desafíos a que nos abocan los tecnocuidados, que es otra forma de denominar los entramados de tecnologías y cuidados. Hemos partido, para analizarlos, de pensar las consecuencias políticas del reconocimiento de la condición humana vulnerable, las interdependencias y las relaciones de atención y respuesta que lleva consigo. No estará de más insistir, antes de continuar, en que consideramos la dependencia y la vulnerabilidad como realidades corporales y tangibles, dimensiones consustanciales, y deseables, de las existencias sociales (Bourgault & Perreault, 2015), rasgos inherentes al ser humano; y que *no* son, por tanto, situaciones insólitas, excepcionales, *ni* aspectos coyunturales, accidentales, de la vida. El acceso a, y el ejercicio de, una autonomía personal efectiva y posible son sostenidos por complicados y complejos entramados de interdependencias y cuidados, propios y ajenos, que se entrelazan y circulan entre personas y otros seres vivos, animales, plantas, sus entornos, artefactos, infraestructuras, tecnologías.

Las tecnologías en los cuidados

Esta perspectiva de los cuidados nos permite construir un marco en el que encuadrar las complejidades de los tecnocuidados, dicho de otro modo, de las mediaciones tecnológicas en los cuidados (i.e., de las tecnologías en/con los cuidados), para pensar sus desafíos éticos y políticos.

Demanda creciente de cuidados

Las sociedades occidentales viven un déficit crónico de cuidados (Hochschild, 1995), a consecuencia de una serie de fenómenos interrelacionados, que aquí apenas enunciamos. La presencia de mujeres en el mercado laboral crece de manera sostenida; con la expansión del capitalismo neoliberal, las economías hegemónicas, centradas en el lucro, se entregan sin disimulo al extractivismo más brutal, que cada vez demanda más del planeta Tierra y de la mayoría de sus poblaciones; compaginar estas exigencias implacables con los cuidados propios, de los seres queridos y del entorno resulta misión imposible; el envejecimiento de la población y la feminización de esta mayor longevidad, que incrementan los requerimientos de cuidado, se vuelven globales; disminuyen el tamaño medio de los hogares y el nivel de cohabitación intergeneracional, a la vez que aumentan la variabilidad y la inestabilidad de los vínculos familiares; la feminización de las migraciones, estrechamente vinculada a la mercantilización de los cuidados, configura un nicho laboral global muy precarizado y enormemente dinámico.

En España, el cuidado adquiere una clara dimensión política a raíz del debate social generado con la implementación del Sistema Nacional de Autonomía y de Atención a la Dependencia y la legislación que le acompaña, especialmente la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAPAD) del año 2006, que pretendía convertir el cuidado en un derecho subjetivo. Cerca de dos décadas más tarde, ese

derecho no solo sigue sin consolidarse, sino que el modelo adolece de múltiples carencias y ha generado nuevas desigualdades. Algunas las trae consigo la propia categoría “dependiente”. Desigualdades que se generan tanto entre quienes prestan cuidados y quienes no lo hacen, como entre quienes necesitan cuidados y quienes no los reciben, así como en el modo en que se reciben. Así, se han de examinar los supuestos bajo los que se ha construido el andamiaje del Sistema de la Dependencia¹ y revisarlos a la luz de las propuestas que, como ésta, ponen el acento en la vulnerabilidad humana constitutiva. Y en algunos aspectos desandar lo andado. Las tecnologías han de integrarse en este sistema o cualquier otro que se cree a partir de la conciencia de su no neutralidad, tal como ponen de manifiesto los estudios sociales de la ciencia y la tecnología.

Fijaremos nuestra atención en el desafío de cubrir con unos servicios de calidad las demandas de cuidado de las personas adultas con algún tipo de discapacidad o muy ancianas, que lo necesitan para su desempeño en la vida cotidiana, mientras continúan residiendo en sus hogares, que es lo que prefiere la mayoría². Una de las más severas y urgentes preocupaciones actuales, comunes a la acción política, a la reflexión ética y a la investigación social, máxime tras el giro que toma la percepción social de los grandes centros residenciales a partir de los atropellos de los derechos más básicos de quienes allí moraban en la pandemia de COVID-19. Episodios que bien pueden ser entendidos en términos de descuidos institucionales (véase Martín Palomo, 2021).

Constituye, pues, una prioridad encontrar vías que hagan sostenibles unos entramados de cuidados que hoy se siguen apoyando primordialmente en las mujeres de la red familiar, en comunidades que se las arreglan para llegar allí donde el Estado y sus instituciones no llegan, en un mercado precarizado generador de desigualdad y explotación o en servicios públicos siempre limitados. Las políticas de cuidado, incluso las más acertadas, tienden a sedimentarse, a volverse rígidas, mientras las necesidades cambian continuamente. Esto nos lleva a plantear hoy que la incorporación de unas tecnologías adaptadas a la particularidad de las diversas situaciones puede contribuir a ajustar las respuestas políticas, traduciéndolas en prácticas más adecuadas a las necesidades, pues redefinen todo el entramado, en tanto crean mundo material, moral y simbólico. Muchas de estas tecnologías, ciertamente, también entrañan riesgos por las brechas surgen en su diseño, acceso, uso, mantenimiento y reparación, que se han de afrontar de forma democrática.

Las tecnologías en los entramados de cuidado

La relación entre cuidados y tecnologías es un nuevo campo de estudio, muy prometedor y complejo, que nos enfrenta a desafíos sociales, éticos y políticos. Dado que la vulnerabilidad humana nos constituye, el cuidado es una necesidad universal, pues con él se da, o se intenta dar, respuesta a necesidades particulares, situadas y encarnadas, que plantean de continuo nuevos retos. Y las tecnologías, también inherentes a la condición humana, se integran en

unos cuidados que se caracterizan precisamente por estar atravesados por las relaciones mismas en las que tienen lugar (Gómez Bueno y Martín Palomo, 2020). Por eso: “Esta idea de los cuidados como elemento común de nuestras vidas y de las relaciones que establecemos entre nosotros y nuestro entorno, es lo que posibilita comprender la ética de los cuidados como una propuesta política, necesaria para pensar las tecnologías que nos rodean”. (Vallès-Peris, 2021, 141).

Los múltiples procesos de apaño o arreglo, ejercicios constantes de reajuste o retoque, de las ayudas técnicas o las diversas máquinas o aparatos, más directamente implicados en los cuidados, enfocados a adaptarlos a las particularidades de las personas que los insertan en sus prácticas de atención de sí mismas y/o de otras, son “cuidado”. También probar y adaptar una silla de ruedas, instalar y usar un terminal de teleasistencia en un hogar, medir la saturación de oxígeno, la presión arterial, conectar a un respirador, son ejemplos de unos cuidados realizados conjuntamente por esa trama en la que a la par se van construyendo vidas interdependientes (Mol, Moser & Pols, 2010; Winnance, 2024).

Cuando determinadas tecnologías se insertan en entramados de cuidado tienen lugar procesos, tanto de ajuste como de *desajuste*, que no dependen de las cualidades de unas tecnologías concretas consideradas en sí mismas, sino del papel que acaban desempeñando en el entramado y de cómo se vinculan con el resto de elementos (Moyà-Köhler & Domènech, 2021). Por ello, interesa examinar las prácticas concretas de cuidados y la ética incorporada en los propios artefactos y dispositivos socio-técnicos, antes que atender aisladamente a unos principios éticos correctos de qué es cuidar bien, los cuales en todo caso han de (re)definir en cada situación los actores implicados en el entramado de cuidado. Las tecnologías, en tanto posibilitan determinadas relaciones entre humanos, y con sus entornos, y en tanto participan en la conformación de las percepciones e interpretaciones de lo que tomamos por realidad, no pueden ser entendidas como meras intermediarias neutrales de la acción, sino como mediadoras activas del actuar moral, social y político (Vallès-Peris, 2021). Desde la comprensión de la “agencia” en la teoría del actor-red de Bruno Latour, la acción social se concibe como atribuible, a “una asociación de actantes”, que incluye, en estos entramados sociotécnicos, a humanos, pero también tecnologías y aparatos que se prestan, intercambian y modulan competencias.

Los dispositivos y artefactos no aparecen, pues, como elementos aislables del resto de elementos que tejen estas tramas; al contrario, al inscribirse en determinados contextos, las tecnologías encarnan, por ejemplo, diferentes concepciones de la autonomía, que pueden experimentar fricciones o chocar con las formas de entenderla de los actores sociales que forman parte del entramado (Moyà-Köhler & Domènech, 2021). En su estudio de los servicios prestados por las Oficinas de la Vida independiente de Cataluña, para potenciar una mayor autonomía de personas con diversidad funcional, ponen de manifiesto Moyà-Köhler y Domènech que no integrar en el diseño de una tecnología a los y las destinatarias puede convertir una inversión costosísima en algo inútil. Dos ejemplos dan cuenta de ello. Así, en un caso,

los códigos QR adheridos a los electrodomésticos de la vivienda que comparten dos personas con discapacidad, destinados a que puedan vivir de forma independiente, reduciendo la necesidad de recurrir al personal de apoyo, quedan rápidamente obsoletos, pues agotan en seguida su funcionalidad inicial de explicar las instrucciones de uso, y no tienen capacidad para responder a preguntas nuevas que surgen en la vida cotidiana de las inquilinas. En cambio, en otro caso, lo que ayuda a una usuaria de otra Oficina de Vida Independiente, que vive sola, a encontrar el difícil equilibrio entre su deseo de gestionar ella misma sus ingresos y las limitaciones que quieren imponerle sus padres para controlar su tendencia al gasto excesivo, son unas tecnologías tan aparentemente poco sofisticadas, como unos sencillos monederos con pequeñas cantidades fijas de dinero que le facilita el personal de apoyo, a espaldas de sus progenitores, junto a la tarjeta de crédito con límite de gasto. Lo interesante es, además, que la autonomía emerge en ambos casos como efecto –a veces por caminos imprevistos– del entramado socio-técnico de relaciones, con carácter abierto, cambiante, provisional, precario (Moyà-Köhler y Domènech, 2021).

Desafíos éticos para las tecnologías en los cuidados

Una parte importante de la literatura sobre el cuidado se desarrolla en torno a la ética o éticas del cuidado. En esta perspectiva se reflexiona sobre los fundamentos políticos y morales del cuidado (son descatalogadas autoras como Carol Gilligan, Jean Tronto (1993), Selma Sevenhuijsen o Eva Feder Kittay). La obra de Carol Gilligan titulada originalmente *In a Different Voice* (1982) supone el inicio de una nueva forma de pensar los cuidados y la ética del cuidado que pone en el centro la responsabilidad hacia los otros, lo que supone un fuerte cuestionamiento de las teorías del desarrollo moral (Kohlberg) y de las filosofías morales universalistas, o pretendidamente universales contemporáneas (Rawls, Habermas): la capacidad de percibir y de dar respuesta a las necesidades que detectamos y asumimos como responsabilidades en nuestra relación con los otros. La responsabilidad frente al deber, la equidad frente a la igualdad toman como base nuestra dependencia intrínseca, que es otra forma de denominar a la interdependencia. Lo que da sentido a esta perspectiva es tomar en cuenta al otro en un contexto concreto y no en general. Carol Gilligan aporta así un modelo de razonamiento moral basado en la orientación hacia el cuidado y la respuesta (Muñoz Terrón, 2010) y no exclusivamente en la perspectiva de la justicia y los derechos, como el de L. Kohlberg. A partir de esta aportación, el cuidado sale de los entornos familiares, del conglomerado reduccionista del trabajo doméstico y del asistencial para situarse en la esfera pública. Numerosos trabajos se desarrollan en diálogo o abierta confrontación con esta autora. Por ejemplo, Hilary Graham señala que el cuidado tiene que ver con diferencias de poder, que los marginados tienen que adoptar una ética de la responsabilidad y del cuidado porque tienen conciencia de que la ayuda mutua es lo que les sostiene como comunidad (1983). En trabajos posteriores, Gilligan tendrá en consideración el reconocimiento de otras voces, captando en su obra las experien-

cias racializadas, de opción sexual, de diversidad funcional (discapacidad) y de clase social; con ello se introduce una mirada interseccional (Gilligan, Hochschild & Tronto, 2013; Gilligan, 2024). Este debate, tras más de cuatro intensas décadas, ha implicado a autoras tan notables como Patricia Paperman, desde la sociología, Pascale Molinier como psicóloga; Sandra Laugier (2009; 2015), Cora Diamond, Eva Feder Kittay, como filósofas (véase Martín Palomo, 2016). Todas ellas han puesto el acento en pensar la vulnerabilidad, las interdependencias, las relaciones de poder y los cuerpos y sus necesidades concretas y encarnadas como centro de sus teorías sobre el cuidado.

Las éticas del cuidado, enfocadas desde la perspectiva de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, invitan a pensar que la vida se sostiene con entramados más que humanos, es decir, que desbordan la centralidad de lo humano y nos piensan con el entorno, las plantas, los animales, los objetos, las tecnologías, las infraestructuras, el aire, el agua,... Las éticas del cuidado, pues, ven la vulnerabilidad y las interdependencias como las lentes con las que mirar nuestras corporalidades, nuestras subjetividades, nuestro mundo (véase, por ejemplo, Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2024).

En estos entramados surgen interrogantes éticos (Vallès-Peris, 2021; Vallès-Peris & Domènech, 2020), por ejemplo, ante ciertas ambivalencias de la teleasistencia u otras formas de cuidado a distancia, sobre el sentido y la finalidad última del servicio que prestan (Tirado, López, Callén & Domènech, 2008; Pols, 2010; López, Callén, Tirado & Domènech, 2010; Sánchez Criado, 2012), la domótica y otro tipo de asistentes personales digitalizados. ¿Cuánto tienen de cuidado de las personas usuarias y cuánto de seguridad, vigilancia o tranquilidad de familiares y parientes? ¿Cómo compaginar con una nueva lógica del cuidado ciertos imperativos sistémicos de los artefactos técnicos, que tienden a construir determinado modelo de “autonomía conectada” de la persona necesitada de cuidados, desde una lógica del control? ¿Hablamos de tecnología para el cuidado, o de tecnologías en nombre del cuidado? Lo que son ventajas para unas personas, desde cierto punto de vista, son para otras, desde otra mirada, obstáculos o amenazas (Gómez Bueno & Martín Palomo, 2020). Se impone, pues, profundizar en las percepciones de los diferentes agentes sociales implicados sobre el papel que están desempeñando ya, y que pueden desempeñar en el futuro, las tecnologías en/con los cuidados, así como a las cuestiones éticas a las que nos enfrentan (Germain et al, 2022; Boubilil, 2018).

Hay propuestas de carácter metodológico para analizar desde una perspectiva ética los desafíos de las tecnologías de y en el cuidado en los entramados sociotécnicos, en la línea de los planteamientos, más arriba reseñados, de los Estudios de Ciencia y Tecnología. Así, por ejemplo, el modelo de una “acción medida” de Michel Callon y otros, que pretende encarnar el principio de precaución, con pequeñas acciones, progresivas y revocables, atravesadas por la preocupación –el cuidado– de sus efectos y consecuencias, mediante una retroalimentación y un debate constantes con todos los actores del entramado. O también la propuesta de Aimee van Wynsberghe de un *Diseño Sensible a los Valores Centrados en el Cuidado*, que, si bien surge

para responder a la inclusión de robots en los cuidados, cabe extender a todas las tecnologías (Vallès-Peris & Domènech, 2020). Reconocen también que los principios morales han de estar presentes desde el momento mismo de la concepción inicial de cualquier tecnología (id., p. 97).

La vulnerabilidad, en tanto que apela a la atención y el cuidado propio y ajeno, está en la raíz misma de la ética (Feito, 2007; Kottow, 2005). Y así queda incorporada de manera expresa, junto a la autonomía, la dignidad y la integridad, en la propuesta *Principios Éticos Básicos en Bioética y Bioderecho Europeos* elaborada por el Proyecto BIOMED II (Kemp & Rendtorff, 2008; Kemp, 1999). En la ética de los tecno-cuidados podríamos formular este principio como *atención a*, o *cuidado de*, la vulnerabilidad y dada las mutuas implicaciones que mantienen la vulnerabilidad y la interdependencia en los cuidados, se ha atender al entrelazamiento que anuda la vulnerabilidad con la autonomía y la dignidad, como aspiraciones ideales o principios (bio)éticos; pero también la responsividad, que es mucho más que dar respuesta, implica entrar a formar parte de manera activa en el entramado, o dicho de otro modo, el reconocimiento pleno y el respeto a la agencia de quien necesita cuidados en la vida cotidiana que no puede proveer por sí mismo o por sí misma. En este sentido, hay un asunto delicado, que siempre lleva a soluciones parciales, precarias e insatisfactorias: cómo se respeta la agencia plena y la autodeterminación en las situaciones de discapacidad cognitiva severa, en que la persona no puede expresar sus preferencias, no puede integrarse plenamente en las negociaciones sobre cómo se entiende su bienestar, cuando no hay modo de saber si existe una subjetividad (Feder Kittay, 2002, da cuenta en sus trabajos de lo espinoso de la cuestión; véase también, Martín Palomo y Paperman, 2023). Toda existencia humana nos confronta con este complicado cruce *entre* el respeto a la dignidad y la autonomía, por una parte, y la atención a la vulnerabilidad y el cuidado, por otra (Muñoz Terrón, 2021), desde la que se apunta hacia una ética responsiva de la responsabilidad por las existencias vulnerables e interdependientes.

Algunas consideraciones finales

Hemos indagado en este artículo en la complejidad de algunos aspectos del cuidado dentro de los entramados de interdependencias. Hay que recordar que estas ciertas posiciones sociales determinan en buena medida *quién cuida* de quién y *cómo* lo hace, *quién recibe* cuidados y *cómo*, e igualmente *quién no* los recibe, o los recibe de manera insatisfactoria, *qué* o *quiénes* son descuidada/os. Reconocer la vulnerabilidad constitutiva de los seres humanos implica el reconocimiento de un doble derecho inseparable: derecho a recibir cuidado de calidad y derecho a prestar cuidado con calidad. Y otro derecho intrínsecamente unido a estos, tan importante o más, si cabe: todos los agentes implicados tienen derecho a discutir, negociar y llegar a acuerdos sobre qué se entiende por un cuidado (a prestar y a recibir) de calidad y con calidad (Véase Tronto, 2009).

La consideración de que todos los seres humanos somos (inter)dependientes, en diferentes sentidos y circunstancias de la vida, invita a un profundo cambio de perspectiva. De entrada,

se ha de cuestionar la noción de dependencia, tan cristalizada hoy en las políticas públicas y en las estrategias de diferentes organizaciones sociales, y dar pasos hacia un modelo analítico de los entramados de cuidados y tecnologías que incorpore la fragilidad, la vulnerabilidad y las interdependencias propias del humano vivir.

De lo expuesto en este capítulo se desprendería una mínima conclusión provisional: el cuidado es un terreno ambiguo, ambivalente, contextual, relacional y muy cambiante, por lo que el complejo trenzado de entramados en que se integran o del que forman parte las tecnologías es un gran desafío. El cuidado es abierto y responsivo. Por ello, en el cuidado no hay soluciones cerradas ni teleológicas (Martin, Myers y Viseu, 2015), a menos que se introduzcan fuertes dosis de violencia. Además, su evolución es una incógnita, dado que no sabemos a dónde nos llevará (Puig de la Bellacasa, 2011). Por esta amplitud y apertura que les caracteriza, junto con la complejidad que incorporan las tecnologías, cabe esperar que los cuidados se mostrarán inventivos y creativos al responder a los múltiples desafíos éticos, políticos, epistemológicos y metodológicos a los que nos enfrentan, desde perspectivas situadas, interseccionales, decoloniales e interrogadoras.

NOTAS

¹ Es la forma que nos parece más adecuada para describir el modelo que tenemos en España vigente en 2024.

² Tomamos como referencia los resultados de dos proyectos de investigación: *Arreglos, soportes y ensamblajes tecnológicos en el cuidado de las personas. Un estudio desde la perspectiva interseccional y de género*. Proyectos de Investigación Lanzadera sobre Estudios de las Mujeres y del Género, Plan Propio de la Universidad de Almería (P_LANZ_G_2023/006). (Dir. María Teresa Martín Palomo), 2024-2025; y *Arreglos y ensamblajes de tecnologías en las redes familiares para el cuidado de las personas en sus hogares*. Centro de Estudios Andaluces (PRY115/22). (Dir. María Teresa Martín Palomo), 2023-2025.

REFERENCIAS

Bourgault, S. & Perreault, J. (dir.) (2015). *Le care. Éthique féministe actuelle*, Montréal, Les Éditions du Remue-Ménage.

Boublil, E. (dir.) (2018). *Vulnérabilité et empathie*. París: Hermann.

Callén, B., Domènech, M., López, D., & Tirado, F. (2009). *Telecare Research: (Cosmo) politicizing Methodology*. *Alter* 3(2), 110-122.

Feder Kittay, E. (2002): "When caring is just and justice is caring: justice and mental retardation". En Feder Kittay y E.K. Feder (eds.), *The subject of Care. Feminist Perspective on Dependency*. Lanham (Md), Rowman and Littlefield Publishers: 257-276.

Feito, L. (2007): "Vulnerabilidad". *An. Sist. Sanit. Navar.* 30 (Supl. 3), 7-22.

- Germain, E., Kirchner, C & Tessier, C. (coord.), (2022). *Pour une éthique du numérique*. París: PUF.
- Gilligan, C. (2024). *Une voix humaine. L'éthique du care revisitée*. Climats.
- Gilligan, C., Hochschild, A., & Tronto, J. (2013). *Contre l'indifférence des privilégiés. À quoi sert le care* (édité et présenté par P. Paperman et P. Molinier). Paris: Payot.
- Gómez Bueno, C. & Martín Palomo, M.T. (2020). "Tecno-cuidados en los hogares. Cualificaciones requeridas, activadas y activables en el Servicio de Ayuda a Domicilio". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 38 (2), 231- 250. doi: <https://doi.org/10.5209/crla.70881>
- Graham, H. (1983). "Caring: A Labour of Love". En J. Finch & D. Groves (eds.). *A Labour of Love: Women, Work and Caring*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 13-30.
- Hochschild, A. R. (1995). "The Culture of Politics: Traditional, Post-modern, Cold-modern, and Warm-modern Ideals of Care", *Social Politics*. 2 (3), 331-345.
- Kemp, P. y Rendtorff, J. B. (2008): "Barcelona Declaration. Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles." *Synthesis Philosophica* 46 (2): 239-251.
- Kemp, Peter (1999): *Final Report of the European Commission on the Project Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1995-1998 Part B*.
- Kottow, M.H. (2005): "Vulnerability: What Kind of Principle Is It?" *Med Health Care Philos.* 7(3), 281-287.
- Laugier, S. (2009): "Le sujet du care: vulnérabilité et expression ordinaire". En: Molinier, P.; Laugier, S.; y Paperman, P. dir., *Qu'est-ce que le care?* Paris: Payot: 159-200.
- Laugier, S. (2015). "La vulnérabilité des formes de vie". *Raisons Politiques* 57 (1), 65-80.
- Latour, B. (1998). "La tecnología es la sociedad hecha para que dure". En Domènech, M. y Tirado, F.J. (Comps), *Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad* (109-142). Barcelona: Gedisa.
- López, D., Callén, B., Tirado, F. & Domènech, M. (2010). "How to become a guardian angel. Providing safety in a home telecare service", en Mol / Moser / Pols (eds.), 73-91.
- Martin, A; Myers, N. y Viseu, A. (2015). The Politics of Care in Technoscience. *Social Studies of Science*. 45, 625-641. doi: <https://doi.org/10.1177/0306312715602073>
- Martín Palomo, M.T. (2021). "Descuidos y desapariciones" en, Casado-Neira, D., Gatti, G., Irazuzta, I. y Martínez, M. "La desaparición social. Límites y posibilidades de una herramienta para entender vidas que no cuentan" (pp. 115-126). Universidad del País Vasco.
- Martín Palomo, M.T. (2016). *Cuidado, vulnerabilidad e interdependencias. Nuevos retos políticos*. Madrid, España: CEPC.
- Martín Palomo, M.T. (2010). "Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía". *Zerbitzuan*, 48.
- Martín Palomo, M. T. & Damamme, A. (2020). "Cuidados, en la encrucijada de la investigación". *Cuaderno de Relaciones Laborales* 38 (2), 205-216.
- Martín Palomo, M. T., y Gómez Bueno, C. (2020). "Geometría fractal del cuidado: potencialidades de las tecnologías para unas políticas del cuidado de calidad en el ámbito domiciliario". *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 5(1), 146-174. <https://doi.org/10.17979/arief.2020.5.1.3593>

Martín Palomo, M.T. y Muñoz Terrón, J.M. (2024). "Entramados de cuidados y tecnología en un mundo vulnerable e interdependientes". En Martín Palomo y Muñoz Terrón (ed.), *Tecnologías y cuidados*. Madrid, los libros de la Catarata, pp. 25-47.

Martín Palomo, M.T. y Paperman, P (2023). "Cuidados e identidad". Papeles del CEIC, vol. 2023/2, heredada 11, 1-6. (<http://doi.org/10.1387/pceic.24620>).

Mol, A., I. Moser y J. Pols (eds.), (2010). *Care in practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*, Bielefeld: transcript Verlag.

Molinier, P., Paperman, P. & Laugier, S. (Eds.) (2009). *Qu'est-ce que le care?* Paris: Payot.

Moyà-Köhler, J. & Domènech, M. (2021). "Autonomías precarias: un análisis sobre las tecnologías para personas con diversidad funcional intelectual". *Teknokultura. Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales*, 18(2), 127-135.

Muñoz Terrón, J. M. (2010). "Responsividad y cuidado del mundo. Fenomenología y ética del care". *Dáimon. Revista Internacional de Filosofía*. 49, 2010, 35-48.

Muñoz Terrón, J. M. (2021): "Vulnerable Dignity, Dignified Vulnerability: Intertwining of Ethical Principles in End-of-Life Care". *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Jan; 18(2): 482.

Paperman, P. (2005): "Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel". En: Paperman, P. y Laugier, S. (dir.), *Le souci des autres, éthique et politique du care*. Paris: EHESS: 281-297.

Pols, J. (2010). "elecare. What patients care about?" En Mol / Moser / Pols, 171-193.

Puig de la Bellacasa, M. (2011). "Matters of care in technoscience: Assembling neglected things". *Social Studies of Science*, 41(1), 85-106.

Sánchez Criado, T. (2012). *Las lógicas del telecuidado. La fabricación de la 'autonomía conectada' en la teleasistencia para personas mayores*. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/660401>

Tirado, F., López, D., Callén, B., Domènech, M. (2008). "La producción de fiabilidad en entornos altamente tecnificados. Apuntes etnográficos sobre un servicio de teleasistencia domiciliaria", en *Papeles del CEIC* # 38. 1-28.

Tronto, J. (2009): "Care démocratique et démocraties du care". En: Molinier, P.; Laugier, S., y Paperman, P., dir., *Qu'est-ce que le care?* Paris: Payot: 35-55.

Tronto, J. (1993): *Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge, Chapman and Hall, Inc.

Vallès-Peris, N. (2021). "Repensar la robótica y la inteligencia artificial desde la ética de los cuidados". *Teknokultura. Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales*, 18(2), 137-146.

Vallès-Peris, N. & Domènech, M. (2020). "Robots para los cuidados. La ética de la acción medida frente a la incertidumbre". *Cuadernos de Bioética*, 31(101), 87-100.

Winnance, M. (2024). *Les approches sociales du handicap. Une recherche politique*, Paris, Presse des Mines.

EL NACIMIENTO DE UNA NUEVA CLASE SOCIAL: EL CUIDATORIADO

MARÍA ÁNGELES DURÁN*

Los cuidadores: un colectivo social creciente, pero todavía poco identificado

La imagen de una estructura de clases es la representación del modo en que una población se distribuye según algunos criterios: los más utilizados son la relación con los medios de producción (trabajo, capital, tecnología), *el nivel de ingresos y patrimonio* (alto, medio, bajo) y el nivel educativo. En algunas sociedades son importantes otros criterios como la etnia, el linaje o la condición ciudadana. En el siglo XIX, en los inicios de la industrialización, los movimientos sociales revolucionarios promovieron imágenes dualistas de la estructura de clases, con sólo la burguesía y el proletariado como protagonistas/antagonistas. Sin embargo, a finales del siglo XX el proletariado se había transformado, trasladándose en buena parte como nueva clase social a los países en vías de desarrollo. En la Europa occidental, todos los estudios empíricos coincidían en la consolidación de una estructura en que la clase media era la más numerosa, tanto de hecho como por la aspiración a formar parte de ella. El término “clase social” era multívoco, contenía una gradación de conceptos que iban desde una definición muy restringida y fuertemente politizada hasta otras versiones que en nada se diferenciaban de un mero agregado estadístico. Al uso del término “clase social” se añadió o superpuso el de “grupo de status”: el grupo de status era característico de sociedades con alta movilidad social, en el que no se era de una clase social, sino que se *estaba* en ella, en tanto se mantuviesen los niveles de ingresos, estilo de vida o prestigio. El concepto hizo fortuna, corroboraba el sueño de la igualdad de oportunidades y la posibilidad del ascenso social. Lo que no era tan explícito en el concepto es que, igual que podía ascenderse en la escala del prestigio o en el de las recompensas sociales, también se podía bajar. Esta constatación se hizo evidente con las crisis económicas (en España, en 2007) y con el proceso de envejecimiento. Ambos factores crearon millones de inconsistencias de clase entre los parados, los jubilados y los insatisfechos con los servicios públicos relacionados con el cuidado.

Las clases sociales, al menos así ha sido para gran parte de la investigación y de la acción social en los últimos cien años, no se “construyen” con instrumentos estadísticos. Tienen una

existencia real, socialmente construida, previa a que los investigadores pongan su mirada en ellas. Lo que sucede es que la observación y el análisis le añaden reconocimiento, fortalecen su capacidad de consciencia, la despiertan. En ese sentido, la investigación social construye la realidad cuando la estudia. Dar nombre es una forma de crear.

Quien nombra aporta herramientas para la acción; de ahí, la avidez de palabras de los movimientos sociales, que necesitan vocabulario y teorías que los interpreten. A diferencia de la física o de la biología, en las ciencias sociales la frontera entre el análisis y la acción es siempre frágil, porque el sujeto observado responde a la observación externa modificándose. Pero quizá sea injusto llamar fragilidad a lo que no es sino vitalidad, capacidad de trascender las supuestas barreras que separan obligatoriamente la ciencia de la política.

La capacidad de nombrar es desigual. El lenguaje ofrece una riqueza de matices extraordinaria para referirse a la posición que el sujeto ocupa en la estructura social y es dinámico, se modifica constantemente; pero mientras algunos apenas consiguen que sus palabras se acepten y extiendan, otros no solo generan palabras, sino que disponen de suficientes recursos para imponerlas, para nombrarse a sí mismos y a los demás, del modo que desean ser nombrados. Los nombres no son gratuitos ni neutrales, todos tienen una historia detrás, que los carga de significados invisibles a la mirada superficial. La investigación empírica extensiva no suele entrar en matizaciones sobre el significado de las palabras con las que se pide a los observados que se identifiquen y, sin embargo, las respuestas se refieren a un contexto sobreentendido. Los cuestionarios emplean lenguajes "normalizados", pero sus palabras evocan promedios o ideas-síntesis, cuyos componentes no están especificados en ningún sitio; los entrevistados las toman y devuelven dándoles a su vez significados propios, relativamente homogéneos, pero sometidos a subculturas de grupo y a idiosincrasias personales.

Para que una clase social se consolide dentro de una estructura social, tiene que existir un gran grupo de población con una relación específica respecto al proceso productivo, con un estilo de vida similar y cuyos miembros sean conscientes de sus similitudes y coincidencia de intereses. También es necesario que este grupo tenga una imagen clara de cuál es su posición en la estructura social y cuáles son sus relaciones de antagonismo respecto a otros grupos sociales. Tanto la concentración en el espacio como la existencia de agentes movilizados favorecen la creación de una clase social.

Las relaciones asimétricas de cuidado

La existencia de relaciones asimétricas de cuidado no es una novedad social; siempre existieron personas que recibían cuidado y otras que lo proporcionaban. Lo novedoso es el volumen y tipo de cuidados requeridos, así como la relación que se establece entre los cuidadores y los receptores del cuidado. En las sociedades desarrolladas industriales y postindustriales del siglo XXI existen suficientes recursos económicos colectivos como para permitir que grupos importantes de población permanezcan durante muchos años ajenos a la producción directa de bienes y servicios para el mercado. Los trabajadores se incorporan tarde al mercado de

trabajo, tras un largo proceso de escolarización, y el aumento de la longevidad ha hecho que, entre la edad de jubilación y la de fallecimiento, medien más de 20 años de vida, durante los cuales los extrabajadores están desligados de la producción directa de bienes y servicios para el mercado. Su subsistencia depende de la gestión del ahorro obtenido (en su mayor parte de modo obligatorio) durante los años de participación en el mercado de trabajo, que son mayormente gestionados por el Estado en forma de pensiones públicas.

Los principales proveedores de trabajo de cuidado son distintos para la población infantil y para la anciana o enferma, aunque en ambos casos sean mayoritariamente mujeres. Para la población infantil, son mujeres de edad joven e intermedia, en tanto que las mujeres de edad intermedia y avanzada son las principales proveedoras de trabajo de cuidado para la población enferma o anciana.

¿Cómo se mantienen económicamente los/as cuidadores?

La cobertura de las necesidades económicas de la población dedicada al cuidado se realiza por tres vías, cada una de ellas con su propio punto débil:

- a. Parte de los cuidadores reciben cobertura económica de sus necesidades económicas por otros miembros del propio hogar o de la familia inmediata, como manifestación de un proceso de división del trabajo dentro de los hogares y familias. Este tipo de soporte económico está condicionado a la pervivencia de unidades familiares, que, sin embargo, se disuelven fácilmente por divorcios, fallecimientos o traslados laborales.
- b. Otra parte de los cuidadores cubren sus necesidades consumiendo sus propios recursos mediante dos vías:
 - b.1. Mediante los ingresos que obtienen de su trabajo personal en el mercado de trabajo, simultaneándolo con las actividades de cuidado. Su punto débil es que la acumulación de funciones conlleva el cansancio, la sobrecarga, pero frecuentemente el cuidador no dispone de otra opción.
 - b.2. Mediante los ahorros personales obtenidos anteriormente por empleo, herencia u otras vías. El patrimonio acumulado es una protección muy débil frente a la demanda continuada de dedicación; tras un periodo largo, el cuidador queda económicamente exhausto y desconectado del mundo laboral, al que no le será fácil retornar.
- c. Un tercer tipo de cuidadores financia sus necesidades económicas con los fondos gestionados por la Administración Pública que compensan su trabajo del cuidado, generalmente complementando la cobertura económica que le proporcionan quienes reciben el cuidado. La legislación laboral reconoce algunos derechos al cuidado a los asalariados, sobre todo con motivo de los nacimientos de hijos, que financian parcialmente las empresas. Pero el cuidado de los dependientes o personas de edad avanzada apenas está cubierto, el número de plazas de atención es pequeño y las subvenciones directas para el cuidado son en su mayoría de escasa cuantía.

- d. Finalmente, un amplio sector de cuidadores recurre de modo simultáneo o sucesivo a los tipos de financiación expuestos anteriormente.

La necesidad de nuevas palabras para nombrar hechos nuevos. La ubicación de los cuidadores en la estructura social

Los fenómenos nuevos no pueden identificarse claramente mientras no existan palabras que los definan, y por ello se acuñó el término “cuidotoriado”. Se utilizó por primera vez en 2013, durante una sesión monográfica dedicada a la dependencia, en el XI Congreso de la Federación Española de Sociología, en una ponencia titulada *La emergencia de una nueva clase social en los países desarrollados* (Duran, 2013).

Es un concepto creado por paralelismo con “campesinado” y “proletariado”, con el objetivo de terminar con la consideración de “los cuidadores” como un conglomerado disperso de individuos que cuidan. Trataba de favorecer la conversión de este conglomerado poco activo en un verdadero agente social, consciente de su papel en la estructura productiva. El estímulo inmediato a la creación del concepto fue la retirada del derecho a recibir gratuitamente la inscripción en la Seguridad Social por derecho propio a los cuidadores no remunerados de dependientes, que desde algunos años antes habían estado recibiendo en aplicación de la *Ley de Dependencia de 2006*. Aquello evidenció la desprotección de este colectivo y su situación de exclusión de los beneficios del estado de bienestar. Los cuidadores cumplían la importante función económica de atender a los expulsados del proceso productivo, trabajaban más y en peores condiciones que ningún otro tipo de trabajadores, pero sólo tenían obligaciones. Reunían todas las condiciones que teóricamente debe reunir una clase social para convertirse en un agente social revolucionario, excepto la conciencia de serlo. Ni siquiera disponían de un nombre que los identificase.

Se tomó como referencia histórica el término “campesinado”, que describe al conjunto de trabajadores que viven del cultivo de la tierra y acoge tanto a los jornaleros agrarios como a los pequeños propietarios. A diferencia de los campesinos, que sólo son una agregación estadística de sujetos individuales, el campesinado es un conjunto con entidad propia. Su entidad puede apoyarse en el auto-reconocimiento, una consistencia que le sirve de base para entablar acciones colectivas o, al contrario, provenir solamente del observador externo que lo percibe como una unidad real. La mayor dificultad para que el campesinado se reconociese como clase social fue la heterogeneidad entre pequeños propietarios y jornaleros, así como su dispersión espacial. Desde el punto de vista ideológico, la extendida creencia en la naturalidad de su relación respecto a la tierra y su relación con los grandes propietarios de la tierra y otros grupos sociales con mayor poder dificultó el cambio social.

Al cuidotoriado, igual que al campesinado, le debilita su dispersión espacial, que no existan lugares ni tiempos de encuentro obligados en los que conocerse y reconocerse para poder actual después conjuntamente. También como el campesinado, el cuidotoriado contiene dos grandes subclases: la de quienes no reciben remuneración directa por el trabajo de cuidar y la de quienes sí la reciben. Los intereses de estos dos grandes grupos son a veces coincidentes y a veces opues-

tos, lo que acrecienta el riesgo de fracturas internas. Pero, incluso cuando los intereses coinciden, los motivos y la ideología que vincula a unos y otros con el cuidado son muy diferentes.

En cuanto al término “proletariado”, de antiguo origen latino, designó en el siglo XIX a los trabajadores industriales que no poseían otro medio de producción que su propio trabajo, ni otro patrimonio que su prole, sus propios hijos, convertibles a corto plazo en mano de obra o fuerza de trabajo. La concentración espacio/temporal en las fábricas favoreció la consciencia de pertenecer a un mismo grupo social y la reclamación del derecho a participar en los beneficios que generaba la industria. Así como el campesinado acumuló siglos de cultura adaptativa y de instituciones creadas para garantizar la estabilidad de sus funciones, el proletariado se formó en un periodo relativamente breve en términos históricos; no hubo de enfrentarse a una cultura de la resignación ni de la pertenencia al lugar. El alto valor añadido por la tecnología a la producción industrial y la organización temprana de grandes sindicatos con ramificaciones internacionales y vinculados con los partidos políticos facilitó la movilización social y propició el éxito de muchas de sus reivindicaciones sociales, no sin arrastrar grandes conflictos que conmovieron todas las instituciones sociales durante el siglo XIX y buena parte del siglo XX. La formación histórica de los grupos sociales que pueden integrarse en el cuidatoriado ha sido muy rápida, por comparación con otros grupos sociales; está vinculada con el envejecimiento, el desarrollo y la vigencia de los estados de bienestar.

Igual que el proletariado, los cuidadores a tiempo completo no tienen medios de producción. Su propia fuerza de trabajo, en la mayoría de los casos, no pueden incorporarla al mercado laboral, porque la absorbe el cuidado de los ancestros y otros familiares dependientes. Su organización del tiempo viene dada por las demandas de quienes reciben el cuidado. No disponen de descansos garantizados semanales ni anuales ni nocturnos. Su jornada de trabajo (la disponibilidad y la atención activa o intermitente) es mucho más larga que la de los asalariados. Carecen de Seguridad Social y otros derechos inherentes al trabajo remunerado (sanidad, jubilación), especialmente si se comparan con los derechos de los asalariados en la economía formal.

El cuidatoriado no tiene posibilidad de movilidad geográfica para acceder a mejores condiciones de vida, porque le ata la permanencia de quien recibe su cuidado a un lugar y una residencia administrativa. Tampoco tiene posibilidades de ascenso económico o social. Debido a su carencia de tiempo para sí, frecuentemente los pertenecientes al cuidatoriado tienen mermadas sus posibilidades de acceso a la vida de ocio, educación, cultura, sexualidad o participación política.

El cuidatoriado no tiene clase social antagónica

Toda clase social construye relaciones de conflicto y alianza con otras clases sociales, y sus luchas se encaminan a lograr una redistribución de los recursos colectivos. Para conseguirlo, antes han de imaginar o interpretar cuáles son esos recursos, y cómo se ha de decidir el modo y las razones que justifican su adscripción a unos y otros. Dicho en otras palabras, han de despojar a su visión de la estructura social del sentido naturalista (el argumento de que es “natural” y por tanto inmodificable), que estabiliza las clases o condiciones sociales para convertirlas

en esencia y destino en lugar de circunstancia. La imaginación es previa a la acción, pero las interpretaciones complejas son poco operativas a la hora de la acción social, que requiere imágenes simples. De ahí la importancia de hallar una clase social antagonica en la que centrar, como un ariete sobre la diana, todo el peso del conflicto social latente.

Por ahora, existe escasa conciencia de clase entre los colectivos sociales que se dedican al cuidado. La pequeña parte de este colectivo que realiza su trabajo de cuidado de modo remunerado suelen recibir una remuneración escasa y situarse en el sector más desfavorecido del mercado de trabajo. Con alta frecuencia, se trata de inmigrantes y mujeres. Tanto su condición de inmigrantes como su dispersión espacial, su relación personal estrecha con las personas a las que prestan cuidados y el hecho de ser mujeres, dificulta que se constituyan en organizaciones sindicales de carácter reivindicativo. En cuanto a la gran mayoría de quienes realizan el trabajo del cuidado, los que lo hacen sin recibir remuneración con ello y en el marco de un contrato social implícito, se basan en condiciones más morales que económicas respecto a sus familiares. La interpretación de su situación como natural y la fuerte inercia de la división tradicional del trabajo entre hombres y mujeres dificulta su organización con fines reivindicativos. Los cuidadores perciben su relación con los sujetos cuidados como una relación fundamentalmente individual, interpersonal, y no como una condición estructural imprescindible para garantizar la subsistencia de un sistema económico y social. Las ideas de destino, inevitabilidad, obligación, desgracia y resignación son muchos más comunes en este colectivo que las de explotación, reivindicación, derechos, redistribución, o lucha social. La dispersión espacial, y las condiciones en las que desarrollan su trabajo (privacidad, afecto hacia quien recibe su trabajo, largas horas de dedicación, apartamiento de otras actividades sociales, y con frecuencia salud precaria) dificulta la emergencia de una conciencia de clase.

A diferencia de los trabajadores remunerados, especialmente de los trabajadores de la Administración Pública, los trabajadores no remunerados del cuidado carecen de un claro antagonista porque no pueden antagonizar con las personas que reciben su trabajo de cuidado. Si lo hicieran, no solo irían en contra de principios morales muy arraigados, sino que las probabilidades de conseguir éxito en sus reivindicaciones sobre las condiciones de trabajo serían remotas, ya que, en la mayoría de los casos, se trata de personas dependientes no solo física, sino también económicamente. A diferencia del proletariado, el cuidatorio carece de armas de reivindicación eficaces, tal como ha sido el derecho a la huelga en la historia de los movimientos de los trabajadores durante los siglos XIX y XX. Si el receptor del trabajo no tiene capacidad de mejorar las condiciones de quien le cuida, no tiene sentido antagonizar con él. Una excepción son las expectativas de recibir o heredar patrimonio, que en otras épocas históricas dieron una base económica sólida a las relaciones intergeneracionales. Sin embargo, en los países de economía desarrollada moderna, el patrimonio familiar y personal es irrelevante para la mayoría de la población, si se compara con el coste del cuidado.

La única posibilidad de lograr un antagonista fuerte con quien dialogar es derivar la responsabilidad del cuidado hacia el Estado o alguno de sus niveles de Administración Pública (Comunida-

des, Ayuntamientos, etc.). Pero esta posibilidad es claramente percibida por las Administraciones Públicas, que han tenido experiencia de conflictos laborales con los trabajadores de grandes empresas nacionalizadas y con los funcionarios de servicios públicos, por lo que favorecen estrategias de dispersión, tales como la subcontratación y los conciertos con empresas privadas.

Alternativas en la delimitación teórica del cuidatoriado

Los conceptos no se crean en un solo acto. Siguen procesos en los que se afinan, redefinen, se abandonan o consolidan. En la medida en que se exponen, los conceptos reciben la influencia de las audiencias, su estímulo o rechazo. Entre su creación en 2013 y el momento actual, el concepto de cuidatoriado ha sido expuesto en una docena de eventos académicos y sociales internacionales. Por ahora, el cuidatoriado es un concepto abierto, en construcción, que requiere consensos para consolidarse. Como las *matrioskas*, a partir de un pequeño núcleo homogéneo puede desplegarse en capas cada vez más amplias y heterogéneas. No obstante, el proceso es, en sí mismo, un objetivo, una llamada de atención conceptual y política sobre la necesidad del cuidado y la necesidad de políticas eficaces para garantizarlo.

Como concepto de nueva creación, el cuidatoriado tiene que definir sus límites, y para ello ha de optar entre algunas alternativas teóricas de inmediatas consecuencias sociales y políticas.

Cualquiera de las alternativas que se exponen a continuación son conceptualmente válidas porque describen un colectivo necesitado de mejor identificación y de un nombre que induzca a su análisis; pero cada una de ellas cumple distintos objetivos estratégicos de cambio social, favorece distintas alianzas y antagonismos entre grupos sociales.

- a. Aplicación del concepto exclusivamente a los cuidadores no remunerados que carecen de ingresos propios o integración de quienes reciben ingresos por otros motivos (pensiones, salarios, subvenciones, rentas inmobiliarias o de capital, etc.).
- b. La integración, o no, en el mismo concepto de los productores y receptores del cuidado.
- c. La integración, o no, en el mismo concepto de los cuidadores no remunerados y los cuidadores remunerados.
- d. Integración, o no, en un mismo concepto de quienes tienen el cuidado como actividad principal y de quienes sólo lo tienen como actividad secundaria.
- e. Aplicación del concepto exclusivamente a quienes subjetivamente se sienten identificados por su función de cuidadores y miembros de un grupo social, o no.
- f. Ubicación del cuidatoriado en el conjunto de la estructura social y, más específicamente, en la estructura de clases sociales.

Los cuidadores no remunerados sin ingresos propios ni expectativas de cambiar de situación son el núcleo conceptual del cuidatoriado, no se superponen con otras categorías ocupacionales. Ellos constituyen la referencia conceptual innovadora como elemento de distorsión e incongruencia dentro de las sociedades desarrolladas y envejecidas del estado de bienestar. Sin embargo, aunque sean el subgrupo de mayor interés conceptual, su fuerza numérica es re-

lativamente escasa, con frecuencia tienen una edad avanzada y baja capacidad reivindicativa. Debido a sus malas condiciones de vida, la llamada de atención conceptual sobre su existencia tiene por objetivo precisamente conjurar el riesgo de que se expanda como tal grupo social. Por ello, en este estudio se le otorgará un trato detallado, aunque integrado simultáneamente en categorías conceptuales más amplias que acojan sectores de población más numerosos.

Si se integran en el concepto de cuidatoriado, tanto los productores como los receptores del cuidado, el conjunto es más numeroso y gana visibilidad social. Previamente hay que optar entre una definición de cuidado restringida (que incluya solamente los cuidados personales directos) o amplia (también los indirectos). En este caso, el cuidatoriado se asimilaría a un sector económico que reúne a productores y consumidores, a empresarios, trabajadores y usuarios; pero perdería similitud con el concepto de clase social activista. El término común para definirles sería el de “afectados” o “interesados”, que ya se aplica para otras situaciones sociales. El interés teórico se centraría en las relaciones internas dentro del sector y en la relación de este sector con otros sectores.

Si sólo se incluyen los cuidadores no remunerados, se referiría a un colectivo más homogéneo y tendría mayor consistencia lógica. Y si el cuidatoriado sólo se refiriese a los cuidadores remunerados, también sería más homogéneo y fácil de identificar, aunque es un colectivo que tiende a trasladarse a otros sectores laborales mejor remunerados.

Habría que optar entre incluir a todos los trabajadores del cuidado o sólo a los que prestan cuidado personal directo, con bajo nivel de cualificación.

Además, habría que optar entre incluir solamente a los que prestan cuidados domiciliariamente o también a los que lo hacen en instituciones. La ventaja de reunir a ambos grupos sociales bajo un mismo concepto responde a criterios lógicos (ya que desempeñan una función social similar) y estratégicos. La vitalidad reivindicativa y la visibilización de las condiciones de trabajo de los cuidadores remunerados aporta dinamismo y eco social al grupo relativamente átono de los cuidadores no remunerados. Pero no puede olvidarse que entre ambos colectivos hay relaciones de potencial antagonismo, además de complementariedad y cooperación. La integración en un mismo concepto no anularía el interés por las relaciones internas entre los dos subgrupos, pero haría más fácil el estudio de sus relaciones con otros grupos o fuerzas sociales, y muy especialmente con las Administraciones Públicas o representaciones del Estado.

Los cuidadores a tiempo completo son en algunos aspectos similares a los trabajadores de cualquier otro sector. Sin embargo, la proporción de cuidadores a tiempo completo no remunerados es pequeña en relación con el número total de cuidadores no remunerados. Los instrumentos de observación del trabajo remunerado tropiezan con este mismo problema, aunque con menor magnitud; por ejemplo, definen como activos a los que no tienen empleo pero lo buscan, o a los que han trabajado remuneradamente un exiguo número de horas la semana anterior. El problema teórico radica en que la mayoría de los trabajadores remunerados dedican muchas horas diarias a su empleo, mientras que los cuidadores son mucho más numerosos y su ciclo como cuidadores es más largo que el laboral, pero la mayoría sólo le dedica pocas horas diariamente. Si se incluyen en el cuidatoriado solamente los cuidadores a tiempo comple-

to, el concepto gana en claridad y consistencia, pero su fuerza numérica y el peso de su función en la estructura social y política se reduce tanto que resulta muy debilitado.

La consciencia de pertenecer a un grupo social no es automática, requiere una experiencia cognitiva y afectiva. Puede modificarse, favorecerse o luchar contra su nacimiento. Actualmente existe consciencia de pertenecer al colectivo de cuidadores en los asalariados de bajo nivel de cualificación, especialmente entre los cuidadores a domicilio. Hay consciencia de pertenencia entre algunos cuidadores no remunerados de enfermos gravemente discapacitados y larga duración, e igualmente entre algunas amas de casa y cuidadores a tiempo parcial de niños y adultos sanos, pero no es mayoritario. Es una consciencia a menudo ligera, difusa, compartida o superpuesta con la consciencia de pertenencia a otros grupos sociales. Todos los grupos sociales que pretenden acciones colectivas desarrollan mecanismos para fortalecer la consciencia de grupo, pero el cuidatoriado todavía no ha desarrollado estos mecanismos, aunque podría hacerlo. Tampoco ha desarrollado fuertes y eficaces instrumentos de acción política en cuanto colectivo, como asociaciones, sindicatos, medios de expresión o partidos políticos.

El sujeto que se siente de una clase determinada, en gran medida, lo es, aunque contradiga indicadores materiales más objetivos, como el nivel educativo, el nivel de renta o las expectativas de ascenso social. ¿Puede crearse o favorecerse el sentimiento de identificación con una clase social, en este caso el cuidatoriado? O, a la inversa: ¿existen estrategias para que no aparezca una identidad y un sentimiento de pertenencia al cuidatoriado, como medio para evitar que inicie acciones reivindicativas y exija cambios sociales profundos?

Los grupos sociales no son ordinales, las clases sociales sí. Los esquemas más simplificados (por ejemplo, el utilizado por la Encuesta Nacional de Salud, basado en ocupaciones) se limitan a clasificar las clases como si fueran percentiles o sextiles (clase I, II, etc.). Los esquemas más ideológicos y combativos tienden a establecer un esquema aún más simplificado, con sólo dos clases o grupos protagonistas y antagonicos. ¿Qué ubicación obtendría el cuidatoriado en estos esquemas de interpretación de la estructura social y económica? ¿En qué lugar de la escala de poder y prestigio se colocaría? ¿Se fundiría en alguno de los grupos ya existentes, se repartiría entre varios o daría lugar a un nuevo grupo? La respuesta, evidentemente, depende de la imagen previa de la estructura social por la que se haya optado.

La fuerza numérica del cuidatoriado: equivalente a veintiocho millones de puestos de trabajo a tiempo completo

La fuerza de un sector productivo o de una clase social se mide, entre otros indicadores, por el número de trabajadores que la integran. En las sociedades de demografía madura este criterio tiene cada vez menos relevancia por el peso numérico de la población no vinculada con el empleo. En las estimaciones del volumen de trabajo se utilizan, junto al indicador del número de trabajadores, el de puestos de trabajo y el de puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo. Se obtienen dividiendo el total de horas trabajadas por la media anual de los puestos de trabajo a tiempo completo en el sector o lugar de referencia.

Tabla 1. Conversión del tiempo de cuidado (definición extensa) en puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo.

A. Fuente: Elaboración M. A. Durán sobre datos de Contabilidad Nacional en España 2016 (Avance)
A1. No empleos equivalentes a tiempo completo, total sectores en miles = 17.417,7
A2. No empleos equivalentes a tiempo completo, sector servicios en miles = 13.450,6
A3. No empleos asalariados equivalentes a tiempo completo, total sectores en miles = 15.033,4
A4. No empleos asalariados equivalentes a tiempo completo, sector servicios en miles = 11.603,3
A5. No horas/año por asalariado equivalente a tiempo completo en total asalariados en 2016 = 1.810.
A6. No horas/año por asalariado equivalente a tiempo completo en total asalariados sector servicios = 1.782.
B. Fuente: Elaboración M. A. Durán sobre datos de INE, Población por edad, 2016 (consulta 14 de septiembre 2017)
B1. No personas de 10 ó más años en 2016 = 41.905.044.
C. Fuente: Elaboración M. A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Empleo de Tiempo 2010
C1. Minutos dedicados diariamente por población de 10 años y más a "Hogar y Familia" = 223.- % de participación = 83,8%.- Tiempo social = 186,87 min.
C2. Minutos dedicados diariamente a "Ayuda informal a otros hogares" = 133 min.- % participación = 7,4%.- Tiempo social= 9,84 min.
C3. Minutos dedicados a Hogar y Familia + Ayuda informal a otros hogares.- Tiempo social = 196,71 min.; Horas y centésimas de hora: 3,27.
C4. Minutos diarios dedicados al cuidado (definición extensa) por la población mayor de 10 años (B x C3) = 8.243 millones; en horas 137,4 millones.
C5. Horas anuales dedicadas al cuidado (definición extensa) por la población mayor de 10 años (C4 x 365) = 50.151 millones de horas.
D. Fuente: Elaboración M. A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Empleo de Tiempo 2010 y Contabilidad Nacional 2016
D1. Conversión del tiempo de cuidado (C5) en puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo en total sectores: 27.707.734
D2. Conversión del tiempo de cuidado (C5) en puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo en sector servicios: 28.143.097
D3. Porcentaje puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo en cuidado sobre puestos de trabajo asalariados equivalentes a tiempo completo en total sectores (D1 / A1) = 159%
D4. Porcentaje puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo en cuidado sobre puestos de trabajo asalariados equivalentes a tiempo completo en sector servicios (D2 / A4) = 243%

E. Fuente: Elaboración M. A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Empleo de Tiempo 2010
E1. Porcentaje población que participa en trabajo remunerado = 33,4%; tiempo diario = 457 minutos. Horas y centésimas de hora = 2,53. Tiempo social = 152 min.
E2. Minutos diarios dedicados al trabajo remunerado por la población mayor de 10 años ($E1 \times B$) = 6.369.560 miles; horas = 106,2 millones.
E3. Horas anuales dedicadas al trabajo remunerado por la población mayor de 10 años ($E2 \times 365$) = 38.748 millones.
E4. Conversión del tiempo de trabajo remunerado en empleos asalariados equivalentes a tiempo completo, total empleo, total sectores = 22.246.426 ($E3 : A5$)
E5. Porcentaje del tiempo social dedicado a cuidado (definición extensa) sobre tiempo social diario dedicado al trabajo remunerado ($C3 / E1$) = 129%

*Fuente: Elaboración de M. A. Durán sobre datos de (A) Contabilidad Nacional en España 2016, (B) INE, Población por edad y (C) Encuesta de Empleo de Tiempo. // * La definición extensa del cuidado incluye todo el tiempo dedicado a Hogar y Familia + Ayuda Informal a otros hogares. Los puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo (ETC) se obtienen como el total de horas trabajadas dividido por la media anual de las horas trabajadas en puestos de trabajo a tiempo completo en el territorio económico.*

Para el sector servicios, basándose en varias fuentes, el INE estima que el número de horas de trabajo anuales correspondientes a un puesto de trabajo a tiempo completo es 1.782 horas (2016). No hay información similar para el tiempo dedicado al cuidado en 2016, pero sí para el año 2010, en la Encuesta de Empleo del Tiempo realizada por el propio INE. Si se convierte el tiempo anual dedicado al cuidado en su definición extensa en empleos equivalentes de tiempo completo en el sector servicios, la cifra resultante es 28.143.097 empleos. Con los mismos criterios, el tiempo dedicado al trabajo remunerado se convierte en 22.246.426 empleos equivalentes a tiempo completo en el conjunto de todos los sectores. Es un resultado más alto para ambos que el que arroja la Encuesta de Población Activa, pero eso no desvirtúa lo principal; que la fuerza numérica del cuidador como productor de servicios no remunerados de cuidado es extraordinaria, casi un tercio superior a la de toda la población ocupada en el mercado de trabajo.

Bien se merecen los cuidadores un nombre propio y el esfuerzo de añadir a su nombre algunas cifras decisivas.

NOTA

* Por deseo expreso de María Ángeles Durán, y con su autorización y colaboración hemos seleccionado este texto por resultar representativo y emblemático de su aportación sobre el tema del cuidador.



ZAINTZAK ETA BIZITZAREN IRAUNKORTASUNA LARRIALDI-GARAIETAN

AMAIA PÉREZ OROZCO*

Testu honek lagun dezake ulertzen zergatik zaintzak ezin diren izan hauteskunde-programan aparteko puntu bat edo udal-politikaren beste sektore bat; gai gehigarri, gutxi gorabehera idealizatutako, gutxi gorabehera “buenista” bat, baina, dena dela, emakumeen eta haien gauzatxoaren txokotik ateratzea lortzen ez duena. Zainketek, alderantziz, balio behar digute, bizi garen mundua ezesteko palanka gisa eta eraikitzen dugun trantsizio ekosozialeko politikan orientatuko gaituen itsasargi gisa. Lehenik eta behin, zainketen planteamenduari txertatu behar diogu berari lotzen zaion bizitzaren iraunkortasunaren ikuspegia. Hortik aurrera, zainketei buruzko gogoetak eztabaidatuko ditugu eta politika publikoan dituzten inplikazioak aztertu. Azkenik, gure argudioa da zainketek arlo publiko-komunitarioaren aldeko defentsa egiten dutela.

Pandemiak agerian utzi ditu zaintzari eta bizitzaren iraunkortasunari emandako begiradak aspaldi kolokan jartzen zituen gaiak. Jokoan dagoena bizitza bera dela egiaztatu ahal izan dugu: hori gabe, ez dago produkzio-sistematik..., eta ez dago ezer. Lehen ikusezina zena orain argitara atera

da, eta egiaztatu dugu ez dugula forma kolektiborik elkarrekin bizitzeko. Era berean, lanen antolaketa gaiztoaz ohartarazi dugu: zenbat eta sozialki beharrezkoagoak izan, orduan eta feminizatuagoak eta arrazializatuagoak, orduan eta gutxiago baloratzen dira merkataritzari eta eskubide sozialei dagokienez. Zergatik hau guztia? Eta, batez ere, nola egin aurre egiturazko arazo horiei?

Bizitzaren iraunkortasuna

Bizitzaren iraunkortasunaren aldetik begira jartzea ikuspegi analitikoa aldatzearen aldeko apustua egitea da: jakin nahi duguna ez da nola doazen enplegua, inflazioa edo BPG, adibidez; baizik eta zer gertatzen ari den pertsonen bizitzarekin eta, neurri berean, planetako bizitzarekin. Horretarako, ulertu behar ditugu merkatuak, baina beste prozesu sozioekonomiko asko ere bai, merkataritza-arloari bakarrik edo lehentasunez erreparatzen diogunean ezkutuan geratzeko joera baitute. Sistema sozioekonomikoaren dimentsio ikusezin guztiak eta lanen eta baliabideen banaketan dauden desberdintasun guztiak argitara ematen ditugu. Sistema sozioekonomikora hurbiltze bat da, oinarri-

tik: ez dugu ziurtzat jotzen bizitza dagoela eta badela, baizik eta bera etengabe eta egunero sortzen dela baieztatu nahi dugu.

Ikuspegi horretara, indar feminista eta ekologista berezia izanik, hainbat ikuspegi kritikok bat egiten dute, eta bizitza kalteberatasun-errealitatea dela ulertzetik abiatzen dira: aukerakoa da, baina ez da ziurtasun bat. Hori gerta dadin, aukera ematen duten baldintzak jarri behar dira: egunero berre-raiki, eutsi eta zaindu behar da. Eta hori gainerakoekin batera bakarrik egin daiteke, komunean, eta planeta bizi batean: bizitza interdependentziaren eta ekodependentziaren errealitatea da, izan ere. Bizitzaren jasangarritasunaren ikuspegitik begiratzek gure mundua ekosisteman errotutako bizi-sare komuna dela esan nahi du, eta ez hutsean flotatzen duten indibidualtasun burujabe batzuen bilduma.

Hortik, gure salaketa da garapen hegemonikoaren eredu honetan bizitzaren erreproduktzioa beste helburu bat erdiesteko bitartekari bat dela (balorizazioa eta metaketa merkatu kapitalistetan), eta, beraz, bizitza mehatxupean dagoela beti: kapitalaren eta bizitzaren arteko gatazka estrukturala eta konponezina da. Gatazka hori, definizioz, kapitalismoan amaitzen da: merkatuak epizentroan jarritz, merkatuaren funtzionamendu ona ahalbidetzen duten baldintza sozioekonomikoak bermatuz; eta horrek ez dakar bizitzari eusteko erantzukizun kolektiborik. Ongizate-estatuak ere ez du onartzen, bere bertsiorik onenetan ere beti oinarritu izan baita lanaren sexu-banaketan, ingurumenaren suntsiketan eta desberdintasun globallean. Ongizate-estatuak kapitalaren eta bi-

zitzaren arteko tentsioan oreka hartzen du, baina ez du gainditzen. Oro har, *gaiztakeria biozidaren* eredu bat da, bizitza desberdinei balio erabat desberdina ematen diena.

Horren aurrean, gure saiakera da bizitza guztiak, beren aniztasuna kontuan harturik eta planeta bizi batean, garrantzizkoak diren mundu bat nola eraiki; non elkarrekin ondo bizitzea bilatzen den, bizitzea merezi duen existentzia baten sostengua grabitate ardatz gisa jarritz, merkataritza metaketerena bazterrean utziz. Begirada hori apustu politikoa da.

Dimentsio anitzeko krisia eta trantsizio ekosoziala

Bizitzaren iraunkortasunaren aldetik begiratuta, hegemonikoa ez den modu batez irakurtzen dugu egungo krisia. Gure ustez, krisia ez da pandemiarekin batera sortu, ez 2007-2008ko finantza-leherketarekin ere. Ikusten dugun krisia hain da sakona, ezen hobeto definituko genukeen trantsizio ekosozial gisa izendatuko bagenu. Bertan, kolapso ekologikoa eta krisi globala, berau metatua eta multidimentsionala (politikoa, zentzu etiko eta sozioekonomikokoa, edo erreproduktzio sozialekoa) bat egiten dira. Trantsizio ekosozialaz hitz egiteak zibilizazioaren krisia hizpidera ekartzea esan nahi du: modernitatearen zibilizazio-eredua (kapitalista, heteropatriarkala, kolonialista eta ekozida) eraldatzen ari da, izan ere.

Gizarte-ugalketaren krisi ekonomikoa hegoalde globalaren ezaugarria zen (intensitate oso desberdinak zituen hainbat lekutan), eta gaur egun gero eta inguratuagoa du iparraldea (gero eta lurralde eta kolekti-

bo gehiago estutuz). Erdigunea bazterretara eramateko prozesu bat bizi dugu. Agerikoa da “garapen gaizto”aren eredu honetan ez garela den-denok kabitzen. Eta hori gertatzen da gure gizartearen esfera materiala gero eta txikiagoa egiten duen kolapso ekologikoaren esparruan: nola banatuko da elkarren artean gure oinarri metabolikoaren murrizketa saihestezin hori?

Galdera ez da ea mundua alda dadin nahi dugun: aldaketa gertatzen ari da. Galdera da ea horren erantzule egingo garen, etorkizun desberdin bat lortzeko, ondorioz bizikidetzat ona gauzatzerik izango den. Zaintzak zein aldetara doazen jakiteak trantsizioa bideratzeko pistak eman diezazkiguke. Eguneroko bizitzari atxikita hitz egiten den heinean, mozorrorik gabe, merkatuen iragazkitik begiratuta, atzemateko denbora behar duten fenomenoak ezin berehala sumatu. Hala gertatu zen, iparralde globalaren testuinguruan, baina 2007-2008ko finantza-leherketa baino lehen ere krisiaz hitz egiten zen: zainketen krisia aipatzen zen merkatuen itxurazko martxa onaren eta eguneroko bizitzaren martxa txarraren arteko desorekari erreferentzia egiteko; zainketa-erantzukizun handienak hartzen zituztenei gogorragoak egiten zitzairen.

Zaintza: zertaz ari gara?

Nola lotzen dira batetik bizitzaren iraunkortasunari emandako begirada eta bestetik zainketen nozioa? Lotura hori nagusiki feminismoetatik eraikia izan da. Zaintza-aren (lanaren) nozioa beste termino batzuekin lotzen da (etxeko lana, ordaindu gabeko lana, ugalketa-lana, etab.), eta historikoki

emakumeen esku egon diren lanak argitara eman nahi dira, gizonekin eta emakumeen artean modu desberdinean banatuta; doan edo gaizki ordainduta egin dira, eta bizitza erreproduzitzea erantzukizun kolektiboa ez ezik, bizitza arriskuan dagoen sistema batean ere mantendu dute bizitza hori. Planteamendu zabal horren azpian, bi modu daude zainketen noziora hurbiltzeko.

Lehenengoak galdetzen du nola jarraitzen duen bizitzak etsai-giroan eta ardurarik gabeko testuinguruan. Zaintza-lana, sistemaren B aldea bezala irakurrita, eraso egindako bizitzari eusteko erantzukizun moduan hartzen da. Zainketek ez dute lehentasunezko edukirik, ikusi behar zein baldintzatan eta zergatik egiten diren. Horien bidez, bizitokiek merkatutik eta sektore publikotik datozen ondasunak eta zerbitzuak eskuratu, eraldatu eta mantentzen dituzte; kanpotik ez datozen beharrezko baliabide gehigarri guztiak sortzen dituzte eta, horiei erantzutean, pertsonen bizi-itxaropenen alderdi afektibo eta erlazonala osatzen dute. Azken batean, askotariko funtzionaltasunak betetzen dituzte (mendekotasunari erantzutetik hasi eta elikadura-kateak edo energia-hornikuntza bermatzera, jantziak ematera, hezkuntza-beharrak betetzera, garraioaz arduratzera...), eta eguneroko ongizate emozionala eta materiala birsortzeko baldintza zehatzak bermatzen dituztela ziurtatzen dute. Horrela, ziklo ekonomikoa ixtea lortzen dute, hau da, bizitza bera etengabe berritzea.

Aldi berean, ziklo ekonomiko berria irekitzen dute, lan-merkatuaren esparruan lan-indar berritua ekarriz, eskulan guztiz erabilgarri eta malgua behar baitu, ugalketa-

premia guztiak aserik eta merkatuan egotea baldintzatuko duen zaintza-erantzukizunik gabe. Eredu horrek arlo publiko gutian funtzionatzen du; zaintzarik gabeko langilea, termino politiko zabalagoetan, zaintzarik gabeko herritarra da. Emakumeek, lanera-izean, oso gutxitan erantzun diezaiokete eredu horri; horregatik, lan-merkatuko generodesberdintasunek lotura estua dute errealtate horrekin. Eta, hala gertatzen denean, beste batzuek erantzukizun horiek betetzen dituztelako izaten da, eta horrela sortzen da zaintza-kate (globala) deritzoguna, emakumeen arteko desberdintasunak areagotuz.

Zainketek hiru baldintzatan ixten eta irekitzen dute ziklo ekonomikoa. Pribatizatuta daude, pribatutasunaren eta bizitokiaren esparruan ezkutatuta: bizitokiak dira gatazka kooperatibo eremua. Hor konpontzen da pribatuan erabilgarri diren bitartekoekin: zaintzeko denbora doan edo zaintzak eskuordetzeko dirua. Zentzu sinbolikoan feminizatuta daude: maskulinitate hegemonikoa zainketen ukapenaren inguruan eraikitzen da, eta feminitate hegemonikoa, berriz, zaintzaren betebeharraren inguruan. Zentzu materialean ere feminizatuta daude, denboren banaketa desberdinagatik. Azkenik, ikusezin bihurtu dira, zaintzak ez duelako herritartasunik eraikitzen eta ez direlako eztabaida politikorako eremu bihurtzen.

Zainketak ikusteko bigarren moduan, pertsonen ongizate fisiko eta emozionalaren eguneroko birsorkuntza bermatzen duten jarduerak aipa daitezke. Hiru dimentsio hartzen dituzte:

- Zuzeneko zaintzak: gorputza bere horretan mantentzea eskatzen dute,

eguneroko bizitzan oinarrizko jarduerak eginez.

- Etxeko familia-lana: zuzeneko zaintzaren aurrebaldintzak jartzen dituzten jarduerak dira.
- Kudeaketa mentala: aurreko guztia-
ren koordinazioa eta plangintza es-
katzen du. Lan-denboran ez ezik (edo
ez hainbeste), intentsitatea eta higa-
dura emozionalean ere eragina du.

Zeregin horiek guztiek ebaketa material edo biofisikoaren eta ebaketa immaterial eta afektiboaren bi alderdi ukitzen dituzte. Zainketetan pertsonen arteko interakzioa dagoen heinean, harreman afektiboak sor-
tzen dira (positiboak berez izan beharrik ez dutenak). Zaintzean sortzen den harremana emaitza bera bezain garrantzitsua edo gar-
rantzitsuagoa da. Nork behar ditu zainke-
tak? Kalteberatasun nozioak esan nahi du
pertsona guztiok behar ditugula beti zainke-
tak, nahiz eta premia, intentsitatea eta hori
konpontzeko moduak aldatu egiten diren
bizi-zikloan zehar eta baldintzatzaile fisio-
logiko, osasun- eta gizarte-baldintzatzaile
batzuen arabera. Bizitzako une askotan, be-
har horren zati handi bat guk bete dezake-
gu: autonomia potentziala dugu. Beste une
edo egoera batzuetan, laguntza behar dugu
zeregin horietako batzuetarako edo guz-
tietarako. Hemen hasi ginen mendetasun-
egoerez hitz egiten. Nork zaindu dezake?
Ia denok egin ditzakegu zaintza-lan batzuk
edo guztiak: geure burua zaindu dezakegu
eta elkar zaintzeko harremanetan parte har-
tu. Haurtzaroan, adingabeek eta nerabeek
autonomia hartzen dute, eta zaintzan zere-
gin aktiboagoa izan dezakete. Aitzitik, za-

hartzean, mendekotasuna handitu egiten da, inor zaintzeko eta geure burua zaintzeko gaitasun hori galtzen dugun heinean, baina horrek ez du esan nahi desagertzen denik. Ez dago autonomiaren eta mendekotasunaren arteko eten malkartsu bat, baizik eta jarraikortasun-hari bat. Autonomia eta mendekotasuna ezin dira inoiz irakurri nozio estatiko batetik, baina ezta indibidualizatzaile eta mediko-errehabilitatzaile batetik ere.

Hala ere, bizi-zikloaren zatirik handi-
nean denok (nolabait) geure burua zaindu
badezakegu ere, askotan ez dugu hori egiten. Autonomia potentzialeko egoera askotan, gure zaintzaren zati handi bat (etxeko familia-lanaren eta kudeaketa mentalaren dimentsioak) eskuordetzen dugu, eta ez dugu elkar zaintzeko erantzukizunik hartzen. Eskuordetza hori hain lotuta egon daiteke norberaren nortasuna eraikitzearekin, non mendekotasun soziala izatera irits daitekeen. Hori da, adibidez, inoiz etxeko lanak egin ez dituzten eta nondik hasi ez dakiten eta ikasi nahi ez duten gizonen kasua, eta horrek, de facto, beren burua zaintzeko gai ez izatea ekartzen du.

Arlo publikoaren eremuak (merkatuak, erakundeak, politika, etab.) indarpeko bizitzaren nozio batez funtzionatzen du, autosufizientziaren ideia-
ren inguruan, eta badirudi subjektuok ez dugula inor behar: banakako arrakasta-proiektu baten pertsekuzioa norberaren ahaleginaren eta merezimenduaren mende dago soilik, eta ez dago baldintzatu-
ta ez pertsona bakoitzaren, ez inoren kalte-beratasunaren gaineko erantzukizunagatik. Natura baliabide hutsa da proiektu arrakastatsu honetan. Autosufizientzia ameskeria kaltegarri hori, aldi berean, ispilukeria bat

da, eta pribilegiozko posizioetarako eta bereziki maskulinitate zuriari lotutako modu bakar bat (horregatik maskulinoaren erabilera zaintzarik gabeko langileaz hitz egitean). Emakumeen eta gizonen artean, herri-klasearen eta aberats-klasearen artean, biztanleria migratzailearen eta autoktonoaren artean, biztanleria arrazializatuaren eta biztanleria zuriaren artean, hegoalde globalaren eta iparralde globalaren artean gertatzen diren zaintza-fluxuen eta zainketen desbalorizazioaren mende dago. Zaintzak desberdintasunaren gainean eraikitako sareen inguruan antolatzen dira: botere-harremanen sare konplexuan posizio okerrak dituztenak gehiago dira zaintzaile eta gutxiago dira zainduak, eta, aldi berean, horrek desberdintasuna berreraikitzen du.

Zaintza: ikuspegi politikoa

Zaintzaren gaiari egindako sarrera bi-koitz horrek hiru ikuspegi politiko posible, osagarri eta ezinbesteko jartzen dizkigu mahai gainean. Lehenik eta behin, sistema ekonomikoaren B aldea izendatzen badugu (merkatuetako premien inguruan grabitatzen duen sistema batean bizitzak funtzionatzeko behar den gainerako guztia), desagerrarazi nahi genukeen zaintzaz ari gara, nolabait esatearren. Hemendik abiatutik, politika publikoetarako garrantzizkoen diren galderak honako hauek dira: nola hasi merkatuei duten zentroa kentzen eta erantzukizun kolektibo bat eraikitzen, bizitzaren iraunarazpenari begira (adibidez, lanaldia gogor murriztuz soldatarik galdu gabe edo gastu soziala lehenetsiz); eta nola erantzun zainketen banaketan egun dauden desberdintasun-

nei eta horiek eragiten dituzten ondorioei, ez bakarrik sisteman txertatzeari dagokionez desabantaila-egoeretan, baizik eta benetako arrisku-egoeretan (hemen, besteak beste, po-breziaren feminizazioa ulertu behar da).

Bigarrenik, zainketei buruz hitz egin beharra dago jarrera etiko eta logika ekonomiko batetik begiratzuz, bizitza kalteberei erantzunez, norberarena edo beste pertsonena bada ere, eta, zentzu zabalean, onartuz bizitza kolektiboarena eta planetarena ere badela. Ikuspegi horretatik, funtsezko inplikazioak honako hauek dira: eguneroko zaintza-praktika horiek identifikatzea eta sustatzea, elkar zaintzeko kultura bat eraikitzea eta hura garatzeko baldintza materialak ezartzea (adibidez, gero arkitekturan eta hirigintzan, lanaldian eta abarretan aipatuko dugun moduan azpimarratuz).

Hirugarrenik, zainketak mendekotasun-egoeretan (haurtzaroa, zahartzea, dibertsitate funtzionala eta gaixotasuna) eguneroko ongizatea berreraikitzeke modu gisa ulertu daitezakegu. Kasu honetan, ekintza publikoaren hainbat esfera koordinatu behar izateaz gain (zaintza sanitarioak eta sozialak zahartzean eta gaixotasunean; hezkuntza eta zaintzak haurtzaroan, etab.), beharrezkoa da planteatzea nola erantzun bizi-errealitate horiei, printzipio orokor batetik harturik autonomia sustatzeko, mendekotasunari arreta bigarren leku batean jarritz, eta gizarte-baldintza-zaileetan eragina izateko ikuspegi mediko-errehabilitatzaileak saihestuz. Askotan, politika publikoen inguruko eztabaida dimentsio horretan kontzentratzen da. Funtsezko dimentsioa bada ere, ezin ditugu gure esku-hartzeak eremu horretara mugatu.

Itsasargiaren politika eta trantsizio ekosozialerako palanka

Hiru ikuspegiak barne hartzen dituen zaintza-politika bat trantsizio ekosozialerako itsasargi eta palanka izan liteke. Itsasargi gisako politika bat izan liteke, kudeaketa hutsetik haratago joanez gero, galdera hau irekitzeko aukera emango lukeelako: zer bizimodu amankomun zaindu nahi dugun eta nola eutsi diezaiokegun dagoeneko. Zaintzak bereziki eremu egokiak dira botere korporatibotik erauzitako guneak eraikitzen saiatzeko, merkatuaren honatago horretan biltzen baitira jadaneko, eta merkataritzak ezinbestean baldintzatuta egon arren, ez dagoelako horretan erabat integraturik. Zainketak ebazteko beste modu batzuk asmatzeak sistema osoari buruzko eztabaida dakar, berarekin gatazkan dagoen leku batetik abiatuz: erasotutako bizitzatik, hain zuzen. Palanka politikoko baten modan arituko lirateke, izebergaren azpiari eragiten diotelako, dena behetik gora mugitzera behartuz; eta egunerokotasunari erradikaltasuna emanez: itxuraz txikiak diren alderdietan izandako kanbioek aldaketa sistemikoa bultzatzen dute, larrialdien konponbidea ahaztu gabe.

Zainketetatik sistema osoari kritika egin diezaiokegu, baina, nahi genukeen haril sozioekonomikoa defini dezakegu, era berean: bizitzaren jasangarritasunean bere grabitate-ardatza izango duen sare bat, muga ekosistemikoak errespetatuz; zaintza-aren (hau da, ondasuna etengabe birsortzearen) erantzunkide izango diren pertsona eta gizarte-eragile guztiak bilduko dituen sare bat; zaindu nahi ditugun bizitzak beste bizitza batzuen (gizaki edo ez-gizaki) kontura,

ez eta biziaren aniztasuna itotzearen kontura ere, garatuko ez dituen sare bat. Prozesu anitz hori honela izenda dezakegu: zaintza epizentroan jarriko duen gizarte baterako ibilbidea, elkarrekin ondo bizitzeko. Trantsizio hori eta zatikatutako trantsizioen batuketara (berdea, digitala eta soziala) oso desberdinak dira. Trantsizio hori, azken batean, zaintzatik zalantzan jartzen dugun antolaketara sozioekonomikoaren parametro berberetan mugitzen da, kapitalaren eta bizitzaren arteko gatazkarekin hausturarik egin gabe.

Trantsizio horrek zaintzarako eskubidera eramango luke, hau da, pertsona guztiek zaintzaren konponketa duinak egiteko eskubidera: ematen eta jasotzen diren zaintzak nahikoak (beharrak konpontzeko), gogobetegarriak (pertsonen bizi-itxaropenei erantzuten diete) eta libreki aukeratuak izango direnak. Eskubide unibertsal horrek honako eskubide hauek uztartu behar ditu: batetik, bizi-zikloaren inguruabar eta une desberdinetan behar diren zaintzak jasotzeko eskubidea, eta zaintza horiek norberaren zentzumenei erantzuteko eskubidea; bestetik, zaindu nahi den ala ez erabakitzeko eskubidea, eta, azkenik, baldintza duinetan zaindu eta zaintzeko aukera, mendekotasun-egoeran dauden pertsonen zaintza bideratzeko eskubidea bermatuz, beste eskubide batzuekiko talkan daudenean (ez zaintzeko eskubidea). Bi mailatan planteatzen den eskubidea da: politikaren printzipio orientatzaile gisa (lehen aipatutako bi ikuspegi politikoak jasoz) eta eskubide subjektiboen multzo gisa, premia zehatzei erantzuten dietenak (haurrak eta nerabeak, zahartzea, dibertsitate funtzionala) eta erakunde publikoei eska dakizkiekeenak.

Izan daitezkeen intzidentzia-bideak

Intzidentzia-aukerak askotarikoak dira. Lehenik eta behin, eztabaidarako, behaketarako eta entsegurako guneak jarri behar dira abian. Pentsa dezagun: zaintza guztion onbeharrez aurrera egiteko, eta, horrekin batera, zaintzaren inguruan sorturiko pribilegiozko/zapalkuntzako harremanen sare konplexua osatzen duten gatazkei aurre egiteko moduak kolektiboki asmatzeko espazioak. Zainketekin gertatzen dena monitorizatzeko espazioak, sistemaren B aldea: horretaz, ordea, informazio kuantitatibo eta kualitatiborik ez daukagu. Ekimenen laborategi bat (dauden praktikak sistematizatuz eta berriak sustatuz), politika publikoen egungo esparrua urratzen duena, eta arreta kolektibo ez-feminizatuak/arrazializatuak eta elkarren zaintzaren kultura susta ditzakeena. Ildo horretan, honako hauek aipa ditzakegu: denbora-politikak; zainketak hezkuntza-curriculumean sartzea; elikadura-subirantotasunaren eta agroekologiaren alde egingo duen elikadura-politika, zainketen ikuspegitik; bizitzaren eguneroko kudeaketarako espazio kolektiboak sustatzea, hala nola jantoki kolektiboak, eta, hurbilean, komunitatea eraikiko duten formulak praktikan jarritz: bizitokiei zaintza-larrialdiei erantzuten laguntzeko zentro integratuak, etab.

Bigarren eraginbide bat da zaintza-ikuspegi bat politika publiko guztietara zabalitzea, ekintza instituzionala birbideratzeko eta bizitza amankomunaren ugalketaren zerbitzura jartzeko. Beste arlo batzuetan monitorizazio eta lanerako laguntza-lanak egingo lituzkeen erakunderen bat pentsa liteke. Zainketekin lotura zuzenena duten politiken artean honako

havek dira aipagarrienetarikoak: etxebizitzarena (lankidetzarako etxebizitzak sustatzea eta zaintza kolektibizatzeo espazio amankomunak izatea); hiri-antolamendua eta garraioarena ("hiri zaintzaileak" ezartze alde-
ra); atzerriartasunarena (zaintza migratuetako langileei eskubidea bermatuz); lanarena (kontziliazio-eskubideak hobetzea), ekonomia-arena (ekonomia sozial eta solidario eraldatzailea babestea) eta zergarena (zaintza-politiken finantzaketa bermatuz). Azkenik, prestazio eta zerbitzu multzo bat antolatzea ezinbestekoa da zaintzarako eskubidea garatzeko, mendekotasun-egoeretan. Ildo horretan, hainbat neurri dira posible. Batzuek etxean ordaindu gabeko zainketak egiteko baldintzak hobetzen dituzte (emakumeen eta gizonen arteko banaketa ekitatiboa sustatzen dute; zaintzeko dirua ematen dute, bizitegi-baldintzak hobetzen dituzte). Beste batzuek, berriz, eremu publikoaren (batez ere enpleguaren) eta etxeko eremuan ordaindu gabeko zainketen arteko elkarrekintza errazten dute (zaintzeko denbora ematen dute; enpleguaren denborak eta espazioak malgutzen). Beste batzuek, berriz, etxeko zainketak eremu publikora eramaten dituzte (zaintzak zuzenean erantzukizun publiko bihurtzen dituzte, zaintzak etxe barruan edo kanpoan emanez, baina erantzukizun publikoa izanik).

Arlo publiko-komunitarioaren aldeko apustua

Trantsizio ekosozialeko une honetan, publikoa, oro har, eta testuinguruak askotari-koak izan arren, bahitze korporatibo berri bat ari da bizitzen. Berpribatizatzeo joera horren aurrean (pribatu-merkataritzara

eta pribatu-familiara bidean), zainketetatik publiko-komunitarioaren aldeko apustu argia dago. Arlo publiko-berpribatizatua saihes-tearen aldeko apustua da, arlo publiko-instituzionaletik benetako publiko-erkide ba-tera iristeko.

Komunitarioak eginkizun nagusi bat izan dezake, arlo publikoa sendotzeko eta ber-rrartikulatzeko palanka gisa, eta gaur egun existitzen ez den eskubide baten sorrera eta konkista demokratikoaren eragile gisa: zaintzarako eskubide kolektiboa.

Komunitarioak zaintzarako eskubidearen irismena sakon dezake: eskubide hori sub-jektuen berezitasunetara egokituz (izan ere, hurbiltasunak gehiago markatzen du zaintza-harremana, eta are gutxiago lan-protoko-loek edo zerbitzuak emateak). Irabaziak ekar ditzake unibertsaltasunari dagokionez, erakunde-baldintzak bete ez ditzaketenak hartuta. Komunitarioak hainbat motatako alternatiben kaleidoskopioa gaitzen lagun dezake, eta horrek nahitaez gainditu behar-ko du zerbitzuen eta prestazioen katalogo batean jaso daitekeena, nahiz eta katalo-go hori oso zabala izan, baldin eta aurrera egin nahi badugu bizi-zikloaren konplexu-tasunari eta dinamismoari erantzungo dion eta mendekotasunaren arretari muga egingo dion zaintzarako eskubidean.

Publiko-komunitario batera jotzeak eran-tzunkidetasuna eraikitzea dakar. Zaintza-eskubidearen mendeko pertsonak berak zaintzak kanporatzea da, eta norbaitek ematea espero da, dela erosten ditugulako, dela kanpotik bermatutako eskubidea dire-lako, baina ez kolektiboan bermatua. Perte-nentzia-zentzua eraikitzea kritikoa da arlo

publikoaren defentsa-gaitasuna indartzeko. Ezin da ezer publikorik egon, atzean babesten duen komunitate indartsurik ez bada-go. Eta publikoa gaur egun funtsezkoa da elkarrekin bizitzeko.

* *Grand Place*k eskerrak eman nahi dizkio Amaia Pérez Orozcori, testu hau zabalitzeko eman dizkigun erraztasunengatik. Era berean, aipatu nahi dugu jatorrizko iturria:

Pérez Orozco, A. (2023). "Cuidados y sostenibilidad de la vida en tiempos de urgencia" en Herrero, Y., Canals, M. y Cabeza, M. (Coord.). *Ciudad, cuidados y educación*, Monográfico Asociación Internacional de Ciudades Educadoras, nº8, 10-17.

https://www.edcities.org/wp-content/uploads/2023/04/MONOGRA%CC%81FICO-8_ESP_WEB_FINAL.pdf

BIBLIOGRAFIA

Batthyany, Karina (koord.) (2020), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Buenos Aires: CLACSO; Mexiko DF: siglo XXI.

Carrasco, Cristina (2013), "El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 31, 1. zk., 39-56 or.

Esquivel, Valeria eta Andrea Kaufmann (2016), *Innovaciones en el cuidado*, Friedrich Ebert Fundazioa. Ingeleseaz dago.

Ezquerro, Sandra (2018), "De la Economía Feminista a la democratización de los cuidados", *Viento Sur*, 156. zk., 39-47. or.

García Domínguez, Mar eta Amaia Pérez Orozco (2014), Irakurketa-dokumentu sorta. *¿Por qué nos preocupamos de los cuidados?*, Santo Domingo. NBE Emakumeen Trebakuntza Zentroa. Ingeleseaz dago.

Gómez, Laura (2016), "Sostenibilidad y política para la vida cotidiana. La práctica y la lucidez de la derrota", en Fundación de los Comunes (ed.) (2016), *Hacia nuevas instituciones democráticas. Diferencia, sostenimiento de la vida y políticas públicas*, Traficantes de Sueños, 133-158.

OIT (2019), *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, International Labour Office: Geneva. Ingeleseaz eta frantseseaz dago.

Lleó Fernández, Rocio, Cristina Santillán Idoate, Silvia López Gil eta Amaia Pérez Orozco (2012), "Cuidados", *Cuadernos de Debate Feminista*, 2. zk., FFJ.

Picchio, Antonella (2012), "Trabajo producción y trabajo reproducción", in Leonor Aida Concha (ed.) (2012), *La economía feminista como un derecho*, México D. F., REDfjE-Mujeres para el Diálogo, 29-42.

Valdivia, Blanca (2021), *La ciudad cuidadora. Calidad de vida urbana desde una perspectiva feminista*, UPC, Arkitekturaren Teknologia Saila.

Vega, Cristina, Raquel Martínez-Buján eta Myriam Paredes (eds.) (2018), *Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*, Traficante de sueños.

VVAA (2020), *Tiempo para el cuidado. El trabajo de los cuidados y la crisis global de desigualdad*, OXFAM. Ingeleseaz eta frantseseaz dago. Laburpena arabieraz eta koreeraz dago eskuragarri.



ESTRATEGIA ESTATAL PARA UN NUEVO MODELO DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. UN PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN (2024-2030)

SARA BUESA Y FERNANDO FANTOVA

Por su reciente aprobación, por su ambición y por la relación directa de esta estrategia con el contenido y enfoque de este número de *Grand Place*, nos ha parecido oportuno contextualizar, resumir y referenciar brevemente su contenido, invitando a las personas más interesadas a que accedan a su texto completo en el enlace que aparece al final de este artículo.

En el ámbito de los servicios y políticas de bienestar se puede hablar de institucionalización para referirse a fórmulas de cuidados o apoyos a personas en régimen de alojamiento y tratamiento colectivo (incluso masivo) que limitan notable e inadecuadamente el ejercicio de su libertad o ejercicio de su autonomía moral y la cantidad y calidad de sus vínculos personales. Consecuentemente, la desinstitucionalización sería el proceso en virtud del cual la persona abandona dicho régimen para pasar a recibir atenciones personalizadas que, en todo caso, contribuyen a su autonomía y empoderamiento y a su participación deseada en relaciones comunitarias.

Dataríamos una de las primeras utilizaciones del término “desinstitucionalización” en el ámbito de los servicios de salud, concretamente en la *Community Mental Health Act* (de 1963, en Estados Unidos). También ha sido y sigue siendo frecuente su uso en la rama de los servicios sociales. Así, encontramos referencias a la desinstitucionalización en servicios sociales dirigidos a personas con discapacidad y también en los que se ocupan de la infancia y la adolescencia en situación de desprotección, entre otros. Además de los servicios de salud y los servicios sociales, otros pilares de la política social, como el de la educación o el de la vivienda tienen mucho que decir y hacer en los procesos de desinstitucionalización.

El concepto de desinstitucionalización está conectado con el de “institución total”, de Erving Goffman. Podríamos decir que lo que busca la desinstitucionalización es que las instituciones totales vayan desapareciendo de la vida de la gente (y que vayan desapareciendo de la sociedad). Obviamente, cuando hablamos de institucionalización y desinstitucionalización en el ámbito de los servicios y las políticas de bienestar no es porque tengamos nada en contra de las regulaciones y realidades institucionales en general. No es posible la vida humana sin instituciones; y la misma familia, por ejemplo, es una institución.

Nos hemos referido a la desinstitucionalización de personas. Por extensión cabe hablar de desinstitucionalización de entornos, entendida como el proceso (preventivo) de transformación, por ejemplo, de sistemas de servicios, de modo que en dichos entornos sea cada vez más improbable la institucionalización de personas. Lógicamente, dichos sistemas de servicios tendrán que desarrollar formas de intervención alternativas, de modo que las personas encontremos, en dichos entornos desinstitucionalizados, los apoyos que necesitamos en cada momento.

Como alternativas a la institucionalización pueden plantearse muy diversos conceptos y prácticas como, por ejemplo (en una enumeración telegráfica, asistemática, incompleta y meramente ilustrativa): prevención de la institucionalización, vida independiente, parentalidad positiva, ayuda mutua, atención comunitaria, autodeterminación, acogimiento familiar, recuperación basada en la comunidad, atención centrada en la persona, desarrollo comunitario, coordinación de apoyos, atención integrada, ciudades amigables, enfoque de derechos u otras.

Una estrategia de cuidados y desinstitucionalización como ésta ha de ser transversal y debe “dialogar” con diferentes ámbitos sectoriales. Aparte de los mencionados hasta el momento (salud, servicios sociales, educación y vivienda) cabrían otros como urbanismo, movilidad, justicia, garantía de ingresos o empleo. También parece aconsejable que haya interpelación e interrelación entre la estrategia de desinstitucionalización y otras transversales como las que tienen que ver, por ejemplo, con igualdad de género, familias, acción comunitaria, soledad o diversidad (sexual, generacional, funcional o cultural). Esta estrategia afecta y puede interesar a todas las personas, pues nadie está libre del riesgo de institucionalización.

Si bien existen compromisos internacionales en el reconocimiento de derechos en este terreno y, específicamente, un mandato europeo para que los Estados tengan estrategias de cuidados de larga duración y desinstitucionalización, es muy diferente la situación de países en los que ha habido importantes procesos de institucionalización de la de otros, donde las amenazas a la dignidad, bienestar e inclusión de las personas vienen más bien de la falta de atención que de la institucionalización, que, en algunos contextos y casos, podría llegar a ser considerada incluso como un mal menor. Sea como fuere, independientemente de la trayectoria histórica y situación actual de cada sociedad, el desafío ético, político y técnico de los cuidados y la desinstitucionalización concierne a todas.

En nuestro caso, el Consejo de Ministros del 11 de junio de 2024 aprobó la estrategia estatal *Hacia un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización*, que engloba el periodo 2024-2030. Su objetivo es ofrecer una alternativa centrada en las personas, mediante servicios personalizados y de pequeña escala, en entornos comunitarios de proximidad, reforzando la asistencia a domicilio, la teleasistencia o los centros de día. También se pretende mejorar las condiciones laborales y salariales del personal que trabaja en cuidados a domicilio y en servicios residenciales.

La estrategia tendrá una pequeña dotación económica inicial de alrededor de 1.300 millones de euros y estará financiada por recursos provenientes de los Fondos Estructurales de la

Unión Europea. Los fondos para esta estrategia se destinarán en su mayor parte a las comunidades autónomas. Así mismo, una parte de los fondos se destinarán a financiar los proyectos pilotos que se han puesto en marcha por toda España.

El objetivo de este plan es la transformación del modelo de cuidados, donde se ofrezcan servicios que tengan en cuenta las preferencias y necesidades de los individuos y se ayude a las personas a vivir en comunidad. Y asegurar, de esta forma, los derechos de todas las personas implicadas, tanto como de las que reciben los cuidados como de las personas que cuidan.

Esta estrategia va dirigida a todas las personas que necesitan apoyos para la autonomía funcional en su vida diaria y comprende a los siguientes grupos de población:

- Personas con discapacidad; personas mayores en situación de dependencia; niños niñas y adolescentes en el sistema de protección; jóvenes que han pasado por el mismo y personas sin hogar.
- Familias de estas personas, cuidadoras, cuidadores y trabajadoras y trabajadores de cuidados.
- Grupos de población que necesitan apoyo en su vida diaria o en circunstancias concretas, y que reciben estos cuidados institucionalizadamente, como personas con problemas de salud mental; mujeres víctimas de violencia de género; mujeres, niños y niñas víctimas de violencias sexuales o personas demandantes de protección internacional.

Por un lado, la estrategia pretende garantizar que los cuidados y apoyos que recibimos sean de calidad y respeten las preferencias individuales y la voluntad de cada persona. A través de esta estrategia, se pretende dejar a un lado la cultura asistencialista, paternalista, tecnocrática y burocratizada y priorizar los intereses de las personas por encima de los de la organización.

Por otro lado, en España, más de 350.000 personas residen en centros de servicios sociales que requieren un profundo cambio. La estrategia pretende promover la inclusión social de los grupos de población implicados y su participación en la comunidad, permitiendo a las personas poder elegir su propia forma de vivir en comunidad.

La estrategia se estructura en torno a 5 ejes estratégicos que pretenden reflejar la forma de llevar a cabo este proceso.

Eje 1. Prevención de dinámicas de institucionalización:

Fomentar la autonomía de las personas y agilizar las respuestas del sistema.
Evitar que las personas sean institucionalizadas.

Eje 2. Participación de las personas y concienciación social:

Priorizar el proyecto de vida y el momento vital de cada individuo.
Promover la escucha activa, personalización de servicios y apoyo, toma de decisiones y formación accesible.
Fortalecer las redes de apoyo comunitario.

Eje 3. Transformación de los modelos de cuidado y apoyo:

Transformar las prácticas profesionales.

Personalizar los entornos de vida.

Mejorar las condiciones laborales de las personas que trabajan en cuidados.

Evaluar la calidad de los servicios.

Eje 4. Desarrollo de servicios para la transición hacia la vida en la comunidad:

Flexibilizar los apoyos recibidos por las personas.

Considerar medidas relacionadas con la vivienda.

Acompañar a las personas en su retorno a la comunidad.

Eje 5. Condiciones habilitadoras para la desinstitucionalización:

Revisar la normativa para favorecer la vida en comunidad.

Asignar la financiación necesaria para orientar los sistemas de apoyo hacia modelos de atención personalizada y de base comunitaria.

Se puede consultar el texto completo de la estrategia en el siguiente enlace:

<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/Estrategia-nuevo-modelo-cuidados.pdf>

LAS PERSONAS QUE NECESITAN CUIDADOS EN EUSKADI: CUÁNTAS SON, CUÁLES SON SUS CARACTERÍSTICAS Y DE QUÉ MANERA ESTÁN CUBIERTAS SUS NECESIDADES

JAIONE CIA, ARANTXA MENDIETA Y RAQUEL SANZ

Introducción

Las personas somos seres inherentemente vulnerables e interdependientes. Desde el momento en que venimos al mundo, nuestra existencia se encuentra entrelazada con la de aquellas que nos rodean. Esta interconexión resulta fundamental para nuestra supervivencia y bienestar, ya que dependemos de la dedicación, los cuidados y el afecto que otras personas nos dedican. Las relaciones humanas no solo nos proporcionan apoyo emocional, sino que también son esenciales para nuestro correcto desarrollo físico, mental y social.

El cuidado es una necesidad universal, dado que, a lo largo de su vida, toda persona requiere, en algún momento, del cuidado de otra, de diferente tipo e intensidad. Estos cuidados varían según la etapa del ciclo vital en la que nos encontremos, así como en función de nuestra capacidad de autocuidado y de la atención que somos capaces de ofrecer a los demás. No obstante, en el imaginario aún perdura la asociación entre dependencia y envejecimiento, pasando por alto que las necesidades de cuidados se manifiestan a lo largo de toda la vida, con especial énfasis al comienzo y al final de ésta. Así, mientras que en la infancia dependemos completamente de las personas que nos cuidan para satisfacer nuestras necesidades básicas y fomentar nuestro crecimiento; a medida que crecemos, desarrollamos habilidades para cuidar de nosotros mismos y, en muchos casos, para hacernos cargo de otras personas. Sin embargo, esta capacidad de autocuidado puede verse afectada en la vejez o en momentos de enfermedad, en los que se pierde autonomía y se requiere un mayor apoyo.

En todo caso, resulta esencial reconocer que la necesidad de cuidados no constituye una situación excepcional, sino más bien una característica inherente a nuestra naturaleza humana. Todo individuo enfrenta momentos de vulnerabilidad en diferentes etapas de la vida, y estas experiencias permiten interiorizar la importancia de la empatía y la solidaridad. Las interacciones personales, ya sean familiares, amistosas o comunitarias, son fundamentales para generar un sentimiento de seguridad y respaldo.

Asimismo, esta interdependencia plantea la necesidad de revalorizar el concepto de cuidado en nuestra sociedad. En un mundo que otorga un valor esencial a la autonomía y a la

autosuficiencia, el cuidado se percibe, a menudo, como una carga. Por ello, resulta crucial cambiar esta perspectiva y entender que cuidar y recibir cuidados son aspectos inherentes al ser humano a lo largo de la vida. Fomentar una cultura del cuidado implica no solo brindar apoyo a quienes lo necesitan, sino también reconocer y valorar el esfuerzo que ello implica.

Una sociedad que prioriza el cuidado se convierte en un espacio más humano, empático y solidario, donde se atienden las necesidades de todos y todas, independientemente de su edad o condición. Promover redes de apoyo que faciliten el intercambio de cuidados entre generaciones y comunidades fortalece los lazos sociales y mejora la calidad de vida del conjunto de la sociedad.

El presente artículo describe el ámbito de los cuidados desde la perspectiva de las personas que necesitan cuidados y a través de una conceptualización amplia, considerando los cuidados a lo largo del ciclo vital: desde los primeros años de vida, a través de los cuidados a niñas, niños y adolescentes, hasta los cuidados a la dependencia durante la edad adulta y la vejez.

Se abordan tres aspectos: uno relacionado con la cuantificación y caracterización de las personas que necesitan cuidados en nuestro territorio, otro con el modo en el que las necesidades de estas personas son cubiertas según la organización social del cuidado en Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y otro final sobre el futuro de las necesidades de cuidado en el territorio vasco.

Características del cuidado, perspectiva de género y crisis del modelo

Desde una perspectiva basada en los derechos, es esencial reconocer que los cuidados son indispensables: todas las personas tienen el derecho de brindar y recibir cuidados. No obstante, los cuidados también constituyen una responsabilidad, que no solo tiene un fuerte impacto a nivel individual, sino que conlleva una dimensión social y colectiva.

El concepto de cuidado ha experimentado una importante evolución desde su conceptualización inicial y, conforme sugieren Berenice Fisher y Joan Tronto (1990: 40), el cuidado se define como “una actividad de la especie que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo para que podamos vivir en él lo mejor posible”. Una década después, Mary Daly y Jane Lewis propusieron la noción de “organización social del cuidado” (en inglés *social care*) (Daly y Lewis, 2000), como categoría analítica que hacía referencia al conjunto de necesidades físicas y emocionales de las personas, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales los cuidados se asignan y se desarrollan (Martínez, 2017). Bajo esta propuesta, los cuidados son un trabajo socialmente organizado en el que participan distintos grupos, instituciones y espacios sociales, que se articula y distribuye de acuerdo con distintos patrones socioculturales y económicos (Carrasquer, 2013).

Entre las características que definen el cuidado, cabe destacar:

- La universalidad: todo ser humano lo necesita en alguna circunstancia, dado que somos interdependientes (Rodríguez-Madroño y Agenjo, 2016; *The Care Collective*, 2021).

Esa interdependencia es multidimensional (Pérez Orozco, 2016) y sus particularidades varían de acuerdo con el momento del ciclo vital en que cada persona se encuentre. Aunque la necesidad de cuidados se prolonga a lo largo de toda la vida, es durante la infancia y la senectud cuando dicha necesidad se torna más patente.

- Un elevado componente subjetivo, que se expresa a través de emociones, sentimientos, afectos o desafectos (Carrasco et al., 2011). Esa dimensión relacional y emocional dificulta la medición de las tareas de cuidado y hace que a menudo el cuidado se conceptualice como “tiempo altruista” o “tiempo donado” (Legarreta, 2012).
- La invisibilidad económica. El cuidado carece de reconocimiento social, económico y social, a pesar de ser imprescindible para la sostenibilidad de la vida. Esta falta de reconocimiento refleja dinámicas estructurales de desigualdad relacionadas con el género, la edad y el origen, entre otros aspectos (Legarreta, 2021). Tal como reiteradamente ha mostrado la economía feminista, el patriarcado capitalista tiende a invisibilizar los procesos de cuidado, que conforman la base de la sostenibilidad de la vida humana (Pérez Orozco, 2006).

Desde esta perspectiva de género, es preciso destacar que el cuidado ha sido una tarea tradicionalmente asignada a la población femenina y que carece del reconocimiento social y económico que tienen otros ámbitos de actividad humana. Esta disparidad en la asignación de responsabilidades de cuidado tiene un costo significativo para las mujeres especialmente en el acceso y permanencia en el mercado laboral. De hecho, esa dedicación de las mujeres al cuidado explica, en gran medida, su menor acceso, tanto presente como futura, a la renta y, por ende, la feminización de la pobreza. Sin olvidar los efectos negativos en la salud, el bienestar y en las oportunidades de desarrollo personal. Junto con estas desigualdades de género, las diferencias etnoraciales y clase social también están presentes en el modelo actual de cuidados.

Con todo, el modelo familista desplegado en la Comunidad Autónoma de Euskadi, presenta algunos matices de signo positivo. En lo que se refiere a la provisión de cuidados de larga duración, la CAE destaca en el contexto español por tener “una elevada participación de los servicios sociales, un alto desarrollo de las prestaciones económicas y una relevante presencia de cuidadoras no profesionales contratadas”, por lo que se considera una región familista, pero con una distribución más equilibrada de prestación de cuidados entre familia, mercado y Estado (Martínez-Buján, 2014: 115).

También se identifican diferencias territoriales en torno al tiempo dedicado al trabajo doméstico y al cuidado, que constatan cómo la CAE, junto con Cataluña, Madrid, Navarra y La Rioja, forma parte del grupo de regiones donde la desigualdad de género es menor: son las caracterizadas por una “mayor participación de la mujer en el mercado laboral, mayor riqueza económica y dotación de recursos destinados a un desarrollo más efectivo de las políticas de igualdad y sociales” (Altuzarra, et al, 2018:13).

Este modelo tradicional de cuidados, en cualquier caso, atraviesa una situación de crisis. La llamada “crisis de los cuidados” hace referencia a la creciente dificultad que enfrentan las sociedades actuales para satisfacer de manera adecuada y sostenible las necesidades de atención de las personas, en un contexto de transformaciones demográficas, sociales y económicas. Entre los factores más relevantes se encuentran el envejecimiento, tanto presente como futuro, de la población; la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral; los cambios en la estructura familiar, con un aumento de familias nucleares o monoparentales; y la sobrecarga que sufren las cuidadoras informales, entre otros. Sin embargo, la razón principal que sustenta la necesidad de un nuevo modelo alternativo radica en la desigualdad entre mujeres y hombres. Este nuevo enfoque busca desvincular los cuidados del ámbito familiar y feminizado, promoviendo un modelo de organización social de cuidados que responda a las demandas actuales, con un liderazgo público más sólido y un marcado enfoque comunitario.

Una aproximación al número y las características de las personas que necesitan cuidados en Euskadi

De manera muy ilustrativa, una primera aproximación al número de personas que en el momento actual necesitan una serie de cuidados relativamente intensivos para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria sugiere que podríamos estar hablando de unas 381.969 personas, esto es, un 17,2% de la sociedad vasca.

En esta cifra se incluyen los siguientes grupos sociales:

- 284.269 niños y niñas menores de 15 años que según INE residen en la CAE a fecha de 1 de enero de 2023.
- 82.685 personas con algún grado de dependencia reconocido a fecha de 31 de diciembre de 2023¹.
- 15.015 personas de 16 o más años que en 2023 tuvieron alguna limitación temporal de tipo grave, debido a un problema de salud, para realizar las actividades habituales².

A pesar de que la cifra mencionada es una magnitud un tanto bruta –seguramente, no recoge la totalidad de las personas que necesitan una serie de cuidados más o menos continuados– puede resultar de gran utilidad como una primera aproximación a la cuestión que nos ocupa.

Las cifras anteriormente mencionadas ponen de manifiesto que la mayoría de las personas que necesitan cuidados de manera relativamente continua o intensiva son las personas menores de 15 años. ¿Cuáles son sus características? La principal tiene que ver con la naturaleza de sus necesidades, ya que la necesidad de cuidados va disminuyendo a medida que aumenta la edad de los niños y niñas y, por lo tanto, su grado de autonomía. En los primeros años de vida, la dependencia es máxima, ya que los bebés carecen de autonomía para realizar tareas básicas como alimentarse, asearse o vestirse. A medida que los niños y niñas crecen y desarrollan habilidades motoras y cognitivas, esta necesidad de cuidados disminuye de forma progresiva.

En términos generales, el sexo no afecta de manera significativa la distribución de la necesidad de cuidados. Tanto los niños como las niñas requieren cuidados de forma similar en cuanto a atención física, emocional y social. A pesar de que biológicamente no existe una mayor demanda de cuidados en función del sexo a estas edades tempranas, en contextos específicos, puede haber diferencias en la forma en que se perciben o se asignan responsabilidades de cuidado. En todo caso, este equilibrio en la demanda de cuidados entre ambos sexos destaca su carácter universal, independientemente de la perspectiva de género.

En cambio, el origen étnico o socioeconómico sí puede influir en el acceso y la calidad de los cuidados que reciben. Todos los niños y niñas, al margen de su procedencia, requieren cuidados para crecer y desarrollarse adecuadamente. Sin embargo, el contexto cultural, económico o social de cada familia puede generar diferencias en el modo en que se proporcionan esos cuidados.

Frente a las necesidades de cuidado de la infancia, están aquellas que presentan las personas en una situación de dependencia. Aunque lo que comúnmente llamamos cuidados de larga duración podrían aplicarse a personas de cualquier edad, lo cierto es que normalmente su uso se asocia a la población mayor. Algunas de las características básicas de estas personas son las siguientes:

- Las situaciones de dependencia tienden a aumentar a medida que las personas envejecen, un fenómeno que se puede atribuir a diversos factores relacionados con el proceso natural de envejecimiento. A medida que las personas alcanzan edades más avanzadas, es común que experimenten una disminución en sus capacidades físicas y cognitivas, lo que conlleva una mayor necesidad de asistencia en actividades cotidianas.
- La incidencia de la dependencia es mayor entre las mujeres. Las mujeres tienden a vivir más tiempo que los hombres, lo que significa que son más propensas a experimentar condiciones de salud que conducen a la dependencia en etapas avanzadas de la vida.
- Solo un 1% de las personas de 65 y más años tiene nacionalidad extranjera y un 3% ha nacido en la CA de Euskadi (INE, 2023).
- Un 9,3% de hogares ha demandado servicios de cuidados y de atención a personas dependientes³ en la CAPV en el último año; la cifra más elevada desde 2006.
- Una parte de las personas mayores, muchas de las cuales se encuentran en situación de dependencia, está en centros residenciales. En 2021, cerca de 18.000 personas mayores son usuarias de este tipo de recursos sociales en la CAE, según la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, lo que equivale a un 3,5% de la población de 65 y más años.

Más allá de la población menor y de las personas en situación de dependencia, el grupo de personas con una necesidad de cuidados seguramente intensiva, pero de carácter temporal, lo constituyen aquellas que se encuentran situaciones de muy diverso tipo relacionadas con determinadas enfermedades o accidentes que causan convalecencias relativamente prolongadas.

La cobertura de las necesidades de cuidado en Euskadi

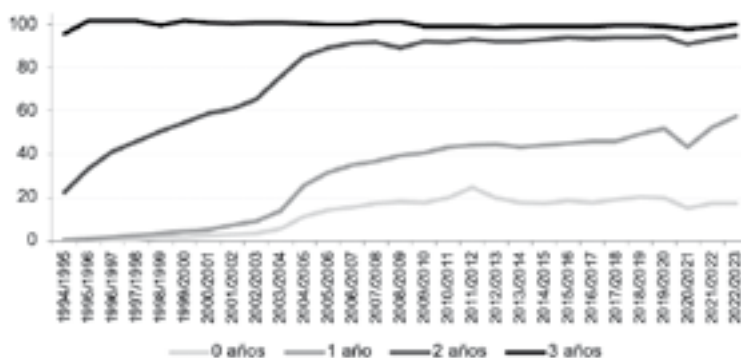
Una vez identificadas las personas con necesidades de cuidado, es fundamental analizar cómo se satisfacen estas necesidades en el contexto de la organización social del cuidado en la CAPV.

El modelo actual se basa en la familia como núcleo central de atención, lo que refleja un enfoque tradicional en el que las personas cuidadoras principales suelen ser miembros de la misma familia. Este sistema tiene sus ventajas, como la cercanía emocional y el conocimiento profundo de las necesidades específicas de cada persona. Sin embargo, también planea desafíos, especialmente en términos de carga emocional y física para las personas cuidadoras y de desigualdad en términos de género.

Incluso en este modelo familista en que el entorno más cercano asume el peso principal del cuidado, las familias no están solas en esta tarea.

Por un lado, las escuelas juegan un papel crucial en la educación y socialización de niños y niñas, ofreciendo un espacio donde los y las menores reciben la atención necesaria para poder desarrollarse de manera integral. En la primera infancia, Euskadi presenta un elevado nivel de escolarización temprana. Según los últimos datos de EUSTAT, el 17% de los niños y niñas menores de un año están escolarizados, mientras que más de la mitad (57,3%) de los de un año y casi la totalidad (94,9%) de los de dos años también lo están. Estos porcentajes han experimentado un crecimiento significativo desde principios de los años 2000, como se ilustra en el siguiente gráfico.

Gráfico 1. Tasa de escolaridad de la población de 0 a 3 años. CAE 1994/95-2022/23.



Fuente: Estadística de la actividad escolar. EUSTAT.

En este aspecto, es importante destacar que a partir del curso 2023/2024, las escuelas de 0 a 3 años del Consorcio Haurreskolak serán gratuitas. Esta medida no solo representa un avance significativo en el acceso a la educación infantil, sino que también busca facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral para las familias. Además, esta iniciativa tiene un

impacto positivo en la igualdad de oportunidades, al garantizar que la educación infantil sea accesible para todos y todas.

Por otra parte, el cuidado de personas mayores y con dependencia en la CAE cuenta con una variedad de servicios y prestaciones sociales que buscan garantizar una atención adecuada y digna para este grupo de población. Estos recursos son fundamentales para aliviar la carga que recae sobre las familias y proporcionar un entorno de cuidado más especializado y profesional.

En 2022, el 96% de los hogares que solicitaron servicios de cuidado, como ayuda a domicilio, centros de día, teleasistencia y estancias en centros, lograron acceder a ellos, según la Encuesta de Necesidades Sociales. Esta cifra representa el nivel más alto desde 2006. Además, más de 40.000 hogares recibieron alguna ayuda económica para el cuidado de personas dependientes en el hogar, según esta misma encuesta.

Estos apoyos o ayudas formales son importantes, pero la carga principal de los cuidados sigue recayendo en la familia. Esto se refleja claramente en los datos del Encuesta sobre la conciliación de la vida laboral, familiar y personal de EUSTAT. Fuera de la jornada laboral, son las madres quienes asumen mayoritariamente las responsabilidades diarias del cuidado de los hijos e hijas menores de 15 años, aunque la mayoría de ellas menciona que estas tareas son compartidas entre ambos miembros de la pareja.

En cuanto al cuidado de personas en situación de dependencia, ya sea que vivan o no en el mismo hogar, más de la mitad de las personas encuestadas indica que son otros familiares quienes brindan este apoyo sin recibir compensación económica. Un 6,6% de estas personas son atendidas principalmente por servicios sociales, mientras que un 5,2% reciben atención de personas cuidadoras remuneradas.

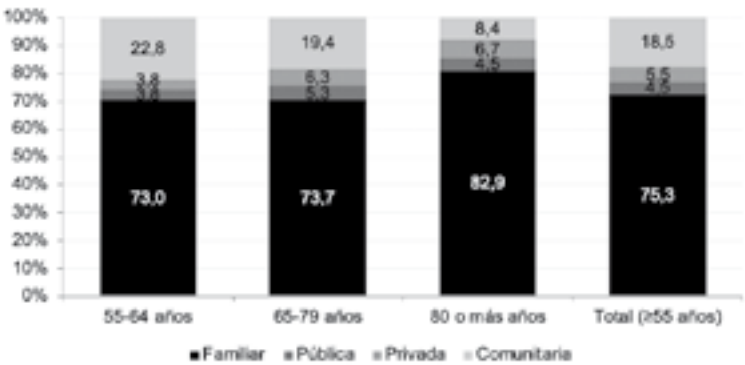
Gráfico 2. Persona principal encargada del cuidado de personas menores de edad y personas en situación de dependencia fuera de la jornada laboral. CAE 2023.



Fuente: Encuesta sobre la conciliación de la vida laboral, familiar y persona. EUSTAT.

Un reciente estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Comunidad Autónoma de Euskadi (Matia Instituto, 2022) analiza varios aspectos sobre la prestación y recepción de cuidados, incluida la naturaleza de la ayuda recibida. Según los resultados de la encuesta, tres de cada cuatro personas de este grupo de edad reciben apoyo familiar, siendo este tipo de ayuda más prevalente entre la población más longeva, con un 83% de quienes tienen 80 o más años recibiendo asistencia de familiares. También se observa que la ayuda comunitaria, recibida por el vecindario o personas voluntarias, se reduce con la edad y la ayuda formal –tanto pública como privada– se mantiene relativamente estable especialmente a partir de los 65 y más años, en torno al 11%.

Gráfico 3. Distribución de la población de 55 y más años por tipo de ayuda recibida (%). CAE 2020.



Fuente: Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi 2020.

Sin entrar en profundidad en el ámbito de los cuidados informales –que podría dar para mucho– cabe recordar que la mayor parte de las personas cuidadoras familiares son a su vez personas mayores (el 64,8% tiene 50 años o más) y mujeres (el 66,5% del total de personas cuidadoras familiares) (Imsero, 2024). Esta realidad plantea desafíos adicionales, ya que muchas de estas cuidadoras también enfrentan sus propias necesidades de atención y cuidado, lo que puede resultar en una carga significativa para aquellas que se encuentran en esta situación.

El futuro de las necesidades de cuidado en Euskadi

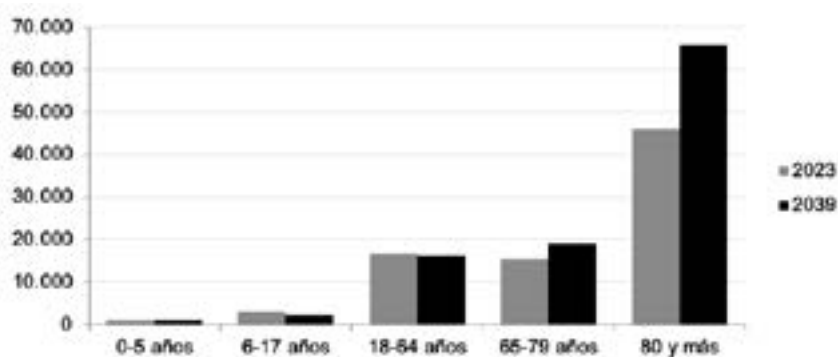
Siendo ésta la situación actual, ¿es posible estimar cuáles serán las necesidades de cuidado en la CA de Euskadi en un futuro próximo? Este escenario es necesario completarlo con una mirada prospectiva. Es de sobra conocido que nos encontramos en un escenario demográfico caracterizado por el envejecimiento de la población y que el número de personas que necesitan cuidados, sobre todo como consecuencia de una situación de dependencia, aumentará en los próximos años.

Para enriquecer esta visión en relación con el futuro de las necesidades de cuidado resulta de gran ayuda el trabajo de revisión realizado por los autores Robine et al. (2020), en el que se remarca la importancia de observar la evolución relativa de las situaciones de dependencia respecto a la esperanza de vida. Distintos análisis han demostrado que el crecimiento porcentual de la esperanza de vida en buena salud ha sido superior al de la esperanza de vida, es decir, el tiempo vivido con dependencia supondrá un porcentaje menor de los años que se espera vivir. No obstante, una parte de esos años ganados en esperanza de vida corresponden a situaciones de dependencia. Por consiguiente, en términos absolutos, las personas pasarán más tiempo en situación de dependencia y el peso creciente de la población mayor se traduciría en un aumento de la prevalencia de estas situaciones.

Si aplicáramos las tasas actuales de dependencia a las proyecciones de población publicadas por el INE, en 15 años, el número de personas dependientes podría pasar de casi 82.700 personas en 2023 a superar las 84.500 personas en 2039, es decir, se incrementaría en un 2,2%. No obstante, si se tiene en cuenta la edad, se observa que la estimación varía en función del grupo etario.

La población infantil de 0 a 5 años en situación de dependencia se mantendría similar, el número de personas con dependencia entre la población joven y adulta se reduciría ligeramente, mientras que entre la población mayor –y especialmente, entre la población de 80 y más años– el número crecería de manera considerable. Más concretamente, el número de personas de 65 y más años en situación de dependencia se incrementaría en un 38,2% entre 2023 y 2039, lo que equivaldría a más de 23.500 personas mayores más con necesidades de cuidado.

Gráfico 4. Estimación de la población con dependencia por grupos de edad. CAE 2023/2039.



Fuentes: elaboración propia a partir del Censo anual de población (2023), Proyecciones de la población (2024-2039). INE; Observatorio Vasco de Servicios Sociales-Behatzuz a partir de los datos facilitados por las Diputaciones Forales (2023).

Aunque la estimación más frecuente consiste en aplicar a la estructura de edad de un periodo la tasa de dependencia actual, un reciente estudio⁴ recoge un prototipo de modelo demográfico de microsimulación que proyecta el riesgo de desarrollar necesidades de cuidados de larga duración para la población de 50 años.

Según este estudio, se espera que la prevalencia de las necesidades de dependencia aumente alrededor del 21% hasta alcanzar el 14,1% en 2070. Si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales, tal y como hacen las últimas proyecciones demográficas del INE para el periodo 2024-2076, el número de personas con dependencia únicamente dejaría de aumentar a mayor ritmo que el de la población total en 2064.

Al margen de los distintos escenarios, los resultados generales señalan una tendencia persistente al aumento de la proporción con necesidades de cuidados de larga duración, debido a gran medida a factores demográficos y al envejecimiento. Los escenarios alternativos con reducciones significativas del tabaquismo y la obesidad se muestran insuficientes para contrarrestar esta tendencia (Belmonte, et al., 2023).

NOTAS

¹ Según los datos que proporciona el Observatorio Vasco de Servicios Sociales-Behatuz a partir de la información de las Diputaciones Forales.

² Según se desprende de los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida de INE para Euskadi, en 2023 un 5,3% de la población vasca de 16 y más años, unas 97.700 personas, manifestó que, durante al menos los últimos 6 meses, se había visto gravemente limitada, debido a un problema de salud, para realizar las actividades que la gente habitualmente hace. A esta cifra se le ha restado la del número de personas con dependencia reconocida, con lo que el resultado es de unas 15.000 personas.

³ Datos de la Encuesta de Necesidades Sociales: los servicios de cuidados a personas dependientes incluidos en esta encuesta son la ayuda a domicilio los centros de día u ocupacionales, la teleasistencia, la estancia temporal en residencias y los servicios de vivienda comunitaria o residencia.

⁴ El estudio *Demographic microsimulation of long-term care needs in the European Union* (Belmonte, et al., 2023) utiliza los microdatos de la Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE) y un modelo dinámico de microsimulación demográfica basado en CEPAM-Mic. El modelo tiene en cuenta factores demográficos y de riesgo asociados a la prevalencia de la discapacidad, como el sexo, la edad, el país de residencia, el estatus migratorio, la educación, las enfermedades crónicas, el tabaquismo y la obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

ALTUZARRA, A., GÁLVEZ, C., y GONZÁLEZ, A. M. (2018): "Diferencias de género en la distribución del tiempo de trabajo en las regiones españolas". *Revista Internacional de Sociología*, vol. 76, n. 3, pp. 1-17.

BELMONTE, M., GRUBANOV-BOSKOVIC, S., NATALE, F., CONTE, A., BELANGER, A. and SABOURIN, P. (2023). "Demographic microsimulation of long-term care needs in the European Union", Publications Office of the European Union, Luxembourg.

CARRASCO, C.; BORDERÍAS, C. y TORNOS, T. (2011). "El trabajo de cuidados, antecedentes históricos y debates actuales", en CARRASCO, C.; BORDERÍAS, C. y TORNOS, T. (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Catarata, pp. 13-95.

CARRASQUER, P. (2013). "El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología". *Cuadernos de relaciones laborales*, vol. 31, N 1, pp. 91-113.

DALY, M., LEWIS, J. (2000). "The concept of social care and the analysis of the contemporary welfare". *British Journal of Sociology* B, Vol. 51, no. 2, pp. 281-298.

FISHER, B. y TRONTO, J. C. (1990). "Toward a feminist theory of caring", en ABEL, E. K. y NELSON, M. (eds.), *Circles of Care*. Albany, Suny Press, 40 p.

IMSERO (2024) Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. 30 de junio. Disponible en: <https://imsero.es/el-imsero/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>

LEGARRETA, M. (2012). *El tiempo donado en el ámbito doméstico-familiar. Estudio sobre el trabajo doméstico y los cuidados* [tesis doctoral], Universidad del País Vasco.

LEGARRETA, M. (2021). "¿De qué hablamos desde los feminismos cuando hablamos de cuidados?", *El Salto*, 23-04-2021.

MARTÍNEZ, M.J. (2017). "El estado de bienestar y los permisos para el cuidado de la infancia en la Comunidad Autónoma del País Vasco". *Ekonomiaz*, n. 91, pp. 246-275.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2014). "Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n. 145, pp. 99-126.

MATIA INSTITUTO (2022). *Prestación y recepción de cuidados. Estudio sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 55 y más años en Euskadi 2020*. Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco-Eusko Jaurlaritz, 46 p.

PÉREZ OROZCO, A. (2006): "Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados", serie Estudios, n. 190, Madrid, Consejo Económico y Social.

PÉREZ OROZCO, A. (2016). "Políticas al servicio de la vida: ¿políticas de transición?", en Fundación de los Comunes (ed.), *Hacia nuevas instituciones democráticas. Diferencia, sostenimiento de la vida y políticas públicas*, Madrid, Traficantes de Sueños, pp. 61-102.

ROBINE, J.-M., JAGGER, C., CRIMMINS, E. M., SAITO, Y., & OYEN, H. V. (2020). "Trends in health expectancies. International handbook of health expectancies", pp. 19-34.

RODRÍGUEZ-MADROÑO, P. y AGENJO, A. (2016). "Los cuidados a las personas 'independientes' en España y Andalucía", en GÁLVEZ MUÑOZ, L. (dir.), *La economía de los cuidados*, Sevilla, Deculturas Ediciones, pp. 187-212.

THE CARE COLLECTIVE (2021). "El manifiesto de los cuidados. La política de la interdependencia", Serie: Biblioteca Ciudadana, Manresa, Bellaterra Edicions, 135 p.



EL MODELO VASCO DE CUIDADOS; ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS

JOSEBA ZALAKAIN

Introducción

El *II Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV* sitúa en su frontispicio, como perspectiva estratégica en el horizonte de 2030, la necesidad de “avanzar en nuestro propio modelo de bienestar y de cuidados sociales”.

De acuerdo con el texto del Plan, “la sociedad y las instituciones vascas vienen dando pasos firmes hacia un modelo propio de bienestar y cuidados sociales, distinto a otros modelos europeos. Ni mejor, ni peor, pero coherente con los valores, necesidades y capacidades de nuestra sociedad”. Se trata, de acuerdo con el texto del Plan, de “un modelo caracterizado por la responsabilidad y el liderazgo públicos respecto a las prestaciones y servicios incluidos en los catálogos y carteras de responsabilidad pública, pero que contempla la cooperación entre los cuatro sectores (público, privado, social y comunitario-familiar), en la respuesta a las necesidades sociales y en la provisión de cuidados sociales en particular. Un modelo adecuado a las necesidades y capacidades (tradición y cultura comunitaria, importancia del tejido social, trayectoria en el ámbito de la protección social, cooperación entre sectores en general y en el desarrollo de la responsabilidad pública...) de una sociedad con características que pueden permitirle, desde el liderazgo público y la cooperación –interna, transfronteriza e internacional– constituirse en un referente relevante e innovador en políticas sociales”.

El objetivo de este artículo es el de reflexionar en torno a dos preguntas concretas: la primera es si existe un modelo vasco de cuidados y, en su caso, cuáles son sus características, teniendo en cuenta las dimensiones que habitualmente se tienen en cuenta al describir, en la literatura científica, los modelos de cuidados. La segunda pregunta se refiere a cuáles podrían ser las fórmulas para avanzar en la gobernanza y la articulación de ese modelo vasco de cuidados. Para ello, el capítulo se estructura en tres partes:

- en primer lugar, se describen de forma muy breve los elementos que se tienen en cuenta a la hora de describir y caracterizar los modelos de cuidados, haciendo hincapié en su complejidad;

- en segundo lugar, se analiza en qué medida es posible hablar de “un modelo vasco de cuidados”, desde las dos perspectivas que recoge esa expresión: en qué medida es “uno” –y no varios, diferentes– y en qué medida es “vasco”, es decir, propio y distinto del que se desarrolla en otros territorios;
- por último, se recogen algunos de los elementos que dificultan la gobernanza y/o la articulación de un modelo de cuidados en Euskadi y las posibles líneas de avance que podrían impulsarse para su mejora (a partir, fundamentalmente, de las experiencias y buenas prácticas que se pueden identificar en otros países de nuestro entorno y en otros ámbitos de las políticas sociales).

La complejidad de los modelos de cuidados

A la hora de hablar de modelos de cuidados, es necesario hacer alusión a su complejidad, debido fundamentalmente a la variedad y diversidad de las dimensiones que se tienen en cuenta para definir esos modelos. En ese sentido, se ha hecho referencia en multitud de ocasiones al llamado “diamante de los cuidados” y a la participación en su provisión de cuatro agentes diferentes: la familia, el mercado, la Comunidad y el Estado. Más allá de la identificación de ese diamante, es necesario recordar tres de los elementos que se deben tener en cuenta cuando se habla de políticas públicas de cuidados y que contribuyen a esa complejidad:

- Por lo general, las personas reciben de forma combinada cuidados formales –provistos por profesionales– e informales –provistos por sus familiares o allegados, muy generalmente mujeres–. Las características de los modelos de cuidados dependen por tanto de la forma en que se combinan, se promueven o se facilitan cada una de esas dos formas de cuidado.
- Los cuidados formales pueden ser directamente contratados por las personas –sin intervención pública, como se accede a otros bienes o servicios– o provistos y financiados por las administraciones, como ocurre, por ejemplo, con los servicios educativos y de salud.
- La intervención pública en esta materia se realiza desde distintos sistemas y niveles administrativos: en el ámbito de los cuidados intervienen, fundamentalmente, el sistema de servicios sociales y el sistema de salud, aunque también pueden intervenir otros como los de vivienda, empleo, seguridad social o garantía de ingresos. Los niveles de la Administración que intervienen son también varios: desde la Administración central a la local, pasando por la autonómica y la foral, en el caso de Euskadi.

Al margen de esas cuestiones, la complejidad de los modelos de cuidados se deriva de la variedad y diversidad de elementos que configuran esos modelos. En efecto, si se analiza la abundante literatura sobre las tipologías y los modelos de cuidados, se observa que cada uno de esos modelos puede definirse teniendo en cuenta al menos las siguientes dimensiones:

- Los niveles de gasto público y de cobertura, como plasmación del alcance del modelo y del grado de mutualización del riesgo de dependencia.
- El grado de universalidad del modelo, tanto desde la perspectiva jurídica (*de iure*),

como desde la perspectiva práctica (*de facto*), es decir, teniendo en cuenta las barreras concretas que pueden existir para la materialización de la universalidad y del derecho subjetivo a los cuidados, en los países en los que ese derecho está reconocido.

- El grado de focalización (*targeting*) en las necesidades severas o, por el contrario, la apertura de cada modelo a la población en situación de fragilidad o dependencia leve.
- La organización competencial y territorial, tanto en lo que se refiere a la asignación de las competencias a los diferentes niveles de la administración –local, regional y estatal– como a los diferentes sistemas de bienestar (salud, servicios sociales, etc.).
- Los modelos de financiación del gasto público (la combinación entre impuestos generales, seguros públicos y cotizaciones sociales, participación económica de las personas usuarias, etc.) y el nivel de los costes unitarios.
- La capacidad de elección y de autodeterminación que se concede a las personas usuarias a la hora de decidir los servicios que quieren recibir y, en ese sentido, el papel que las prestaciones económicas (*cash benefits*) juegan en la definición del modelo.
- La variedad y diversidad de la cartera de servicios, y las fórmulas establecidas para compatibilizar diversos servicios y procurar una mayor flexibilidad.
- El grado de mercantilización o introducción de lógicas mercantiles en la gestión de los cuidados, así como las características de las entidades proveedoras, con particular atención al papel de las entidades con y sin fin de lucro.
- La capacidad de (des)familización de cada modelo; es decir, en qué medida cada modelo libera a las familias –y específicamente a las mujeres– de sus responsabilidades en materia de cuidados o, por el contrario, consolida y refuerza esas responsabilidades.
- El grado en que cada modelo se basa, y refuerza, las desigualdades de género tradicionalmente asociadas a la prestación de los cuidados.
- Las características y la calidad del empleo que se genera en el sector, el perfil de las personas profesionales y, muy particularmente, el papel de la población inmigrante en la prestación de cuidados.
- El desarrollo de los sistemas de inspección, evaluación y gestión de la calidad que existe en cada modelo.

¿Existe un modelo vasco de cuidados?

Siendo esas las dimensiones que constituyen un modelo de cuidados, ¿en qué medida podemos hablar de “un” modelo “propio” de cuidados en Euskadi? La pregunta, obviamente, no puede responderse de forma categórica, y queda fuera de las posibilidades de este texto comparar el modelo vasco de cuidados con los que existen en otros territorios en su globalidad, es decir, teniendo en cuenta el conjunto de los elementos señalados. En todo caso, sí cabe apuntar, de momento, dos hipótesis con relación a esta cuestión: las diferencias interterritoriales e intermunicipales que existen en Euskadi en cuanto a la provisión de cuidados hacen difícil hablar,

en la práctica, de “un” modelo de cuidados; al mismo tiempo, en un plano más general, las similitudes con los modelos de cuidados que existen en otras CCAA de España, e incluso con otros países del área mediterránea, hacen difícil hablar de un modelo “propio” de cuidados.

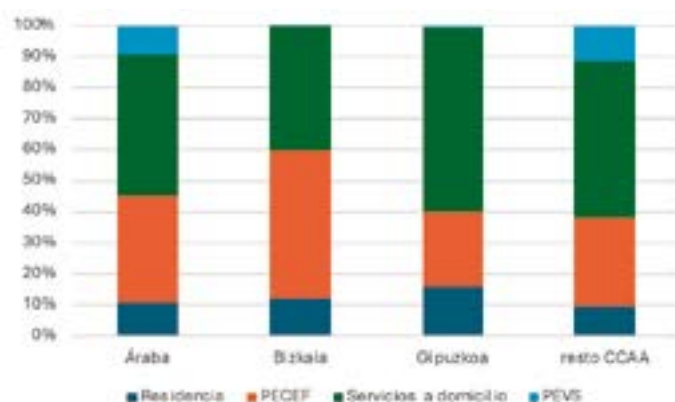
En lo que se refiere a la primera de las cuestiones, los datos de cobertura y gasto de los diferentes servicios y prestaciones permiten hablar de modelos relativamente diferentes en cada uno de los tres territorios vascos.

Si se centra la atención en la cobertura de las prestaciones y servicios provistas mediante el SAAD¹, se observan algunas diferencias de interés: por un lado, si se utiliza como referencia el número de personas con resolución de PIA con relación a la población, las diferencias entre los tres territorios son relativamente importantes (con coberturas del 2,54% en Araba, 3,09% en Bizkaia y 3,57% en Gipuzkoa).

Las principales diferencias, en todo caso, se refieren al peso de los diferentes servicios y prestaciones:

- Gipuzkoa destaca por el peso de las prestaciones a domicilio (PEAP, CD, SAD y servicios de promoción de la autonomía), un peso de la atención residencial relativamente alto y un peso muy reducido de la PECEF.
- Bizkaia destaca, fundamentalmente, por el protagonismo de la PECEF.
- Araba se caracteriza por un cierto equilibrio entre las prestaciones a domicilio y la PECEF, y el mayor peso de las PEVS. Cabe señalar en cualquier caso que el modelo alavés es el que más se parece al modelo del resto de CCAA españolas y que, mientras que en Gipuzkoa el peso de la atención domiciliaria o comunitaria se debe al peso de la PEAP, en Araba se vincula al peso del SAD.

Gráfico 1. Distribución de las prestaciones del SAAD por tipo en los TH de la CAPV y en el conjunto del Estado (2023).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD.

Las diferencias son también muy acusadas en lo que se refiere a la magnitud del gasto y a su financiación. De acuerdo con la Estadística de servicios sociales y acción social / Gasto público en servicios sociales que elabora el Órgano Estadístico Específico del Departamento de Bienestar Social, Juventud y Reto Demográfico, si bien el gasto corriente en servicios y centros para personas mayores y con dependencia con relación al PIB es similar en los tres territorios (1,38% en Araba; 1,23% en Gipuzkoa y 1,19% en Bizkaia), la aportación que realizan las Diputaciones forales y los Ayuntamientos de cada territorio es muy desigual: en primer lugar, Araba destina a estos servicios cerca de 5.000 euros anuales por cada persona mayor de 80 años, el gasto guipuzcoano ronda los 4.000 euros y el vizcaíno supera por poco los 3.000. Las diferencias son importantes. Del mismo modo, el gasto municipal alavés más que duplica el vizcaíno, y triplica el guipuzcoano, mientras que el gasto foral vizcaíno se sitúa muy por debajo del de los otros tres territorios.

La distribución de ese gasto también es desigual. En Bizkaia y Gipuzkoa, las prestaciones económicas por dependencia financiadas por las DDFF representan casi una cuarta parte del gasto, por apenas el 11% en Araba. En el territorio alavés, por el contrario, los servicios municipales representan el 25% del gasto, mientras que en Bizkaia representan el 17% y en Gipuzkoa el 10%.

Tabla 1. Gasto en servicios para personas mayores por tipo de servicio, financiación y TH. En euros por cada persona mayor de 80 años y en % (2021).

		Araba	Gipuzkoa	Bizkaia
Gasto foral	Centros residenciales para personas mayores	2.569,03	2.005,45	1.406,71
	Centros de día para personas mayores	329,01	316,98	171,67
	Ayuda a domicilio	171,35	162,78	182,42
	Ayuda a personas cuidadoras	0,28	4,92	0,00
	Prestaciones de dependencia	560,85	1.027,12	734,39
	Total	3.630,5	3.517,2	2.495,2
Gasto municipal	Servicios para personas mayores	723,72	80,31	227,34
	Ayuda a domicilio	523,98	345,64	300,25
	Total	1.247,7	425,9	527,6
Total		4.878,22	3.943,19	3.022,78

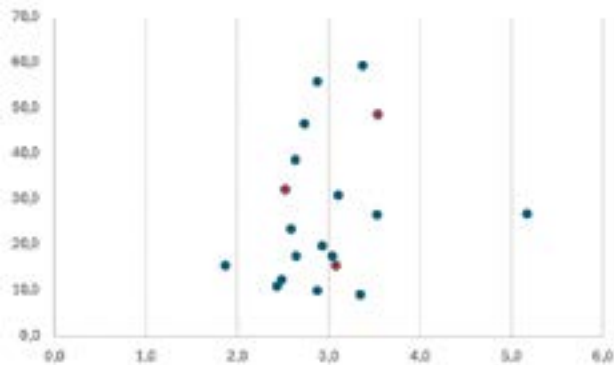
		Araba	Gipuzkoa	Bizkaia
Gasto foral	Centros residenciales para personas mayores	52,66	50,86	46,54
	Centros de día para personas mayores	6,74	8,04	5,68
	Ayuda a domicilio	3,51	4,13	6,03
	Ayuda a personas cuidadoras	0,01	0,12	0,00
	Prestaciones de dependencia	11,50	26,05	24,30
Gasto municipal	Servicios para personas mayores	14,84	2,04	7,52
	Ayuda a domicilio	10,74	8,77	9,93

Fuente: Elaboración propia a partir de Estadística de servicios sociales y acción social-gasto público en servicios sociales. OEE. Departamento de Bienestar Social, Juventud y Reto Demográfico. Gobierno Vasco.

En lo que se refiere a la segunda de las cuestiones –en qué medida Euskadi cuenta con un modelo “propio”–, si las CCAA del Estado se agrupan en cuatro grupos diferentes, a partir de los datos del SAAD respecto a la cobertura y el tipo de servicios más habituales, se observa que Araba, Bizkaia y Gipuzkoa no comparten el mismo modelo. Es decir, cada uno de los tres territorios vascos tiene más elementos en común con otras CCAA que entre sí.

El gráfico siguiente recoge en el eje horizontal el número de personas con resolución de PIA por cada 100 habitantes (tasa de cobertura), y el porcentaje que suponen los servicios formales de apoyo en el domicilio (SAD, PEAP y centro de día)² respecto al total de personas con PIA, en el eje vertical.

Cobertura de las prestaciones del SAAD (horizontal) y peso de los servicios formales comunitarios respecto al total de personas con PIA (vertical) por CCAA y TH



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD.
Los puntos en rojo representan los tres territorios de la CAPV.

Del gráfico pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- Bizkaia se ubica entre las Comunidades con una cobertura ligeramente superior a la media y un peso reducido de los servicios formales de apoyo en el domicilio. En lo que se refiere a esas variables, los datos de Bizkaia se asemejan a los de Cantabria o Aragón.
- Araba, por el contrario, se ubica en el cuadrante que agrupa a las Comunidades con cobertura inferior a la media y peso de las prestaciones comunitarias superior a la media. Esa combinación es similar a la de Madrid o Cataluña.
- Gipuzkoa, por su parte, se ubica en el cuadrante que agrupa a las Comunidades con coberturas superiores a la media y un mayor peso de las prestaciones domiciliarias. Su modelo se asemeja, con relación a estas variables, al de Andalucía, donde la extensión del SAD es muy amplia.

Los datos que se acaban de señalar no resultan sorprendentes si –desde una perspectiva más amplia y a partir de un análisis cualitativo– se tienen en cuenta los elementos que comparten los territorios de la CAPV con el conjunto de las CCAA españolas, con relación a su modelo de cuidados, así como las que les distinguen.

Con relación a la primera de las cuestiones, puede decirse que los tres territorios de la CAPV comparten en gran medida con el resto de las Comunidades autónomas al menos los siguientes elementos:

- Una cultura fundamentalmente familista, basada en la responsabilización de las familias sobre las necesidades de cuidado de sus miembros.
- Una normativa común que, entre otros aspectos, establece los criterios de acceso al sistema de atención a la dependencia y a la cartera de servicios disponibles.
- Un modelo de financiación común, basado en el copago y los impuestos generales.
- Un modelo basado en el recurso a personas cuidadoras inmigrantes para la provisión de cuidados en el domicilio, generalmente al margen del sistema de servicios sociales.
- Una estructura competencial, basada en la división de funciones entre la atención primaria (encomendada a los Ayuntamientos) y la secundaria (encomendada a las Diputaciones, en Euskadi, y a los gobiernos autonómicos, en las demás CCAA, salvo Canarias).
- Una articulación competencial caracteriza por la fragmentación y las dificultades para la gobernanza, con problemas para la coordinación vertical y horizontal.

Al mismo tiempo, sin embargo, puede decirse que, frente a la mayor parte de las CCAA españolas, los tres TH de la CAPV se caracterizan en el ámbito de los cuidados por³:

- Niveles más elevados de gasto público y costes unitarios más elevados, derivados del mayor coste de los factores que indican en el coste de los servicios (salarios, fundamentalmente).

- Un sistema de financiación propio y específico, que permite destinar más recursos económicos a los servicios públicos (servicios sociales, educativos, sanitarios, etc.) y hacer frente con más facilidad a esos costes más elevados.
- Una mayor apuesta política e institucional por el sostenimiento de un sistema de servicios sociales de calidad, que se traduce en un liderazgo público más decidido.
- Unas preferencias sociales inclinadas en mayor medida al sostenimiento de los servicios públicos, así como una mayor tradición histórica en lo que se refiere al desarrollo de los Servicios Sociales.
- Una mayor capacidad de innovación técnica y una mayor implicación, y capacidad de influencia, de las entidades del Tercer Sector.

¿Cómo avanzar en la articulación de un modelo vasco de cuidados?

Algunas pistas y algunos dilemas

De los apartados anteriores cabe concluir que es difícil hablar de “un modelo propio” de cuidados –al menos en lo que se refiere a las prestaciones del sistema de atención a la dependencia– en el conjunto de la CAPV. Las diferencias que se han descrito en este texto se refieren a la cobertura y la naturaleza de las prestaciones del SAAD y a los patrones de gasto y financiación de esos servicios, pero pueden aplicarse a otros elementos de importancia, como la participación de las entidades con y sin fin de lucro en la provisión de los servicios, el despliegue de los centros en el territorio, los mecanismos de participación e interlocución con los agentes sociales, los niveles de innovación, etc.

La dificultad para identificar “un” modelo propio o común tiene que ver con la existencia de preferencias sociales y tradiciones históricas diferentes en cada uno de los Territorios Históricos de la CAPV en lo que se refiere a la configuración de los Servicios Sociales. También se debe a la prioridad que, en lo que se refiere a la construcción del Sistema Vasco de Servicios Sociales, se ha dado al principio de autonomía municipal y foral. Desde esa perspectiva, en la medida que se ha querido respetar la autonomía de los Ayuntamientos y las Diputaciones Forales para el desarrollo de un modelo de cuidados adaptado a las características particulares de cada territorio, no puede resultar sorprendente que nos encontremos en la práctica con modelos relativamente diferentes⁴.

Cabe pensar que el modelo actual presenta algunas ventajas. Las administraciones vascas valoran positivamente esta arquitectura institucional y este modelo de “gobernanza colaborativa y gestión colegiada”. De acuerdo con el Informe de evaluación del *Plan Estratégico de Servicios Sociales*, “se trata de un sistema no sólo desconcentrado sino descentralizado, basado en una gobernanza colegiada (...). El desarrollo del SVSS se ha realizado preservando la descentralización de los recursos y su gestión, entendida no como su mera desconcentración (proximidad) sino como la adecuación de los apoyos a las necesidades y capacidades de

cada persona, familia y colectivo, contando con su participación en el diseño, desarrollo y evaluación de la intervención (micro), los servicios (meso) y las redes de atención en el territorio (macro); e impulsando la participación organizada de las personas destinatarias en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas que les afectan (diálogo civil)”. El modelo en el que se basa en el SVSS es, por tanto, según este informe, “un modelo descentralizado, mixto y participativo, compatible con, por una parte, normas universales (ley, cartera, decretos de servicios...) e instrumentos comunes (de valoración, diagnóstico, orientación...) que introducen equidad en la asignación de recursos, y, por otra, una gestión integral y colegiada que permitirá seguir avanzando en universalidad, descentralización y equidad, adaptando los apoyos a las necesidades” (Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, 2021).

Cabe también pensar, sin embargo, que la actual articulación de los servicios sociales vascos genera dificultades. Aunque los servicios sociales en el País Vasco se han destacado por ser un sistema eficaz y de calidad, con indicadores que lo sitúan a los niveles de los países más avanzados, su diseño institucional y su desigual funcionamiento territorial ponen en duda su desarrollo y consolidación⁵. Desde esa perspectiva, puede decirse que la descentralización se traduce en la práctica en fragmentación, y la gobernanza colegiada en la existencia de múltiples puntos de veto que dificultan la toma de decisiones. Las dificultades observadas para el desarrollo normativo del SVSS ponen de manifiesto en qué medida el avance se ve obstaculizado por la necesidad de conciliar los intereses y prioridades de múltiples agentes. En ese contexto, los acuerdos se limitan al mínimo común denominador y prevalece el criterio de las partes menos proclives al cambio (Zalakain, 2024).

Ciertamente, el modelo de articulación competencial y ordenación territorial de los servicios sociales en Euskadi (y en el resto del Estado español) es singular. En Europa, en lo esencial, los sistemas de servicios sociales se articulan de dos formas: en los países nórdicos y anglosajones, los Ayuntamientos asumen el conjunto de las competencias relacionadas con los servicios sociales de cuidado, siendo la intervención de los gobiernos regionales o nacionales muy limitada. En estos casos, el tamaño de los municipios es grande y su número reducido. En los países en los que los municipios son numerosos y de pequeño tamaño –como Francia o Alemania–, el papel de los municipios es residual (fundamentalmente asistencial) y el grueso de la gestión se asigna a las instituciones regionales (estados en Alemania, departamentos en Francia). En Euskadi, en mayor medida aún que en las demás CCAA, los Ayuntamientos son numerosos y (generalmente) de pequeño tamaño, pero tienen encomendadas competencias esenciales en materia de cuidados y/o servicios sociales.

El modelo de articulación y gobernanza de los servicios sociales en Euskadi plantea actualmente tres problemas importantes:

- De una parte, un problema de desigualdad, en la medida en que los servicios a los que tienen acceso los ciudadanos y ciudadanas de los diferentes Territorios Históricos son diferentes. Si bien cabe pensar que esas diferencias provienen de preferencias ciuda-

danas, realidades sociales y tradiciones institucionales distintas, se trata de diferencias impensables en otros sistemas de protección social –como la salud o la educación– y difíciles de justificar desde una perspectiva de país.

- De otra parte, dificultades para la continuidad de atención, la asunción de responsabilidades por parte de las instituciones y la comprensión del sistema por parte de la ciudadanía. Se ha dicho en ese sentido que la división de la atención en dos niveles de atención (primaria y secundaria), asignados a dos administraciones diferentes que operan sobre un mismo territorio, dificulta la continuidad de la atención, el desarrollo de ecosistemas integrados de atención y la asunción de responsabilidades por parte de las administraciones implicadas (Aguilar, 2009)⁶.
- El actual modelo también presenta problemas importantes relacionados con la escala y la eficiencia del sistema. Buena parte de las funciones que requiere el desarrollo de un modelo sólido de cuidados –planificación, inspección, evaluación, investigación, gestión de la calidad, formación, innovación, etc.– requieren escalas organizativas suficientemente grandes que eviten duplicidades y solapamientos, y permitan la acumulación de fuerzas. En la actualidad, sin embargo, esas actividades se realizan en Euskadi de manera en gran medida aislada y desarticulada. Descentralizada, seguro, pero también carente de estructuración y, sobre todo, de capacidad y potencia.

Hacer frente a esos problemas requiere impulsar algunas modificaciones en la articulación y la gobernanza del sistema vasco de cuidados. Algunos de ellos están ya previstos en el *II Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV*⁷ o en el *Programa de Gobierno para la XIII Legislatura*. Es importante recordar, en ese sentido, que entre los compromisos del programa de gobierno en materia de Servicios Sociales se recoge el de “fomentar un estilo de gobernanza basado en la evidencia, cultura de la evaluación y evaluación de calidad”. La mayoría de esas modificaciones, por otra parte, tienen cabida en el actual marco normativo, si bien podrían impulsarse o acelerarse mediante la anunciada modificación de la actual *Ley de Servicios Sociales*.

Entre las principales modificaciones posibles, cabría destacar las siguientes:

- Se ha señalado ya la necesidad de transformar la ordenación competencial y territorial de los servicios sociales en Euskadi, avanzando en dos direcciones: de una parte, la asignación del conjunto –o la mayor parte– de las competencias respecto a la provisión de los servicios sobre un mismo territorio a un mismo nivel institucional. De otra, la planificación y la provisión de los servicios desde la perspectiva comarcal y, en cualquier caso, supramunicipal. Para ello, en el marco de la normativa vigente, podría ser conveniente avanzar hacia la creación de consorcios interinstitucionales que permitan difuminar los límites entre la atención primaria y la secundaria, así como impulsar el trabajo conjunto entre Ayuntamientos vecinos y entre estos y las respectivas Diputaciones forales. Las Organizaciones Sociales Integradas (OSI) establecidas en el ámbito

de la salud, con sus límites y posibilidades, podrían ser al respecto una referencia de interés. También representa una referencia de interés el Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC)⁸.

- Avanzar hacia un modelo común de inspección, gestión y evaluación de la calidad, capaz de establecer modelos y estándares comunes de intervención, para el conjunto de los servicios y en el conjunto del Territorio, más allá de los elementos que puedan establecerse en la normativa reguladora básica. El modelo de agencias independientes de inspección y evaluación de la calidad –como el *Care Inspectorate* escocés– desarrollado en diversos países de nuestro entorno, así como el recientemente creado Órgano de Evaluación de las políticas de empleo e inclusión social (Besaldi), podrían resultar en esa línea dos referencias de interés.
- Dotar de una mayor articulación al sistema de innovación e investigación en Servicios Sociales, generando estructuras públicas específica y monográficamente destinadas a estas funciones. Sería para ello conveniente dotar de mayor desarrollo al Centro Innovación en Política Social Gizalab Fundazioa, dependiente del Gobierno Vasco, clarificando sus funciones, actividades, estructura y dotación profesional⁹. El amplio despliegue de las funciones realizadas en el ámbito de la investigación y la innovación en el campo de la salud, mediante la Fundación BIOEF¹⁰, podría ser una referencia en ese sentido.
- Avanzar en la creación de una empresa pública orientada a la gestión directa de los servicios sociales, con participación en su constitución de los Ayuntamientos, las Diputaciones y el Gobierno autonómico. Una empresa de este tipo podría permitir explorar la vía del encargo a medios propios para la prestación de servicios de responsabilidad pública y tendría dos consecuencias positivas: la construcción de un modelo de intervención común a diversos municipios y territorios, por una parte, y la mejora de las condiciones laborales del personal de los servicios asumidos por esta empresa, por otra. En esa línea, la sociedad mercantil pública Sumar¹¹, implantada en diversas zonas de Cataluña, podría ser una referencia de interés.

Junto a estas líneas de acción, sería conveniente impulsar otras que no pueden ser detalladas en este texto, como el cambio en el enfoque que se ha dado al Mapa de Servicios Sociales, el refuerzo del Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales, la revitalización del Consejo Vasco de Servicios Sociales, la creación de estructuras más sólidas de coordinación sociosanitaria y la mejora del sistema de información de servicios sociales.

En todo caso, la legislatura que ahora se inicia podría resultar determinante para avanzar en la articulación del modelo vasco de cuidados. La nueva estructuración del Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico, así como algunos de los proyectos iniciados en la pasada legislatura, permiten pensar en un refuerzo de las dinámicas de coordinación y en una mayor capacidad de liderazgo del Gobierno Vasco en la articulación del modelo. En ese sen-

tido, la anunciada activación del Órgano de la Alta Inspección puede tener un efecto positivo determinante, en el medio y largo plazo, de cara a la mejora de la gobernanza del modelo vasco de cuidados. Además, la modificación de la *Ley Vasca de Servicios Sociales* –prevista para 2027– deberá contribuir a una mejor articulación de ese modelo.

Sin embargo, para evitar nuevos cierres en falso, la modificación de la Ley deberá resolver el dilema entre centralización y fragmentación que ha caracterizado el desarrollo de los servicios sociales vascos en los últimos, al menos, 20 años. Alcanzar un pacto vasco por los cuidados requiere, fundamentalmente, acordar un nuevo reparto competencial y una nueva ordenación territorial que eviten las dinámicas de atomización que han lastrado durante décadas el desarrollo de los servicios sociales vascos. Ese pacto vasco por los cuidados requiere además –aunque estas cuestiones no son objeto de este capítulo– alcanzar un acuerdo de país sobre el modelo de financiación de los servicios sociales e impulsar las fórmulas que permitan conciliar la garantía de los servicios públicos con la flexibilidad, el control y la capacidad de elección de las personas usuarias, consustanciales a cualquier modelo de atención centrado en la persona.

NOTAS

¹ El análisis toma en cuenta el conjunto de las prestaciones del SAAD concedidas en cada territorio. Los resultados del análisis quizá serían diferentes si se hubiera analizado la combinación de prestaciones de las que hace uso cada persona. Cabe recordar al respecto que en Araba cada persona usuaria accede, de media, a 1,3 servicios o prestaciones, mientras que en Bizkaia y Gipuzkoa la media es de 1,4. El análisis también podría ser diferente si se hubieran tenido en cuenta otros servicios de cuidado no integrados en el SAAD, pero que forman parte de la cartera de servicios sociales en Euskadi.

² No se han tenido en cuenta en este cálculo ni las PEVS, que podrían financiar servicios formales residenciales y comunitarios, ni la teleasistencia y los servicios de promoción de la autonomía personal.

³ Estas características podrían también aplicarse, en su integridad, a la Comunidad Foral de Navarra.

⁴ Desde, al menos, la aprobación de la actual *Ley de Servicios Sociales*, la planificación del sistema de servicios sociales ha querido responder a dos objetivos relativamente incompatibles: por una parte, avanzar progresivamente hacia un desarrollo más homogéneo de la red de servicios y prestaciones, coherente con los objetivos de universalizar el Sistema Vasco de Servicios Sociales, garantizando el derecho a sus prestaciones y servicios a todas las personas titulares del mismo y favoreciendo el equilibrio y la homogeneidad territorial; por otra, preservar la capacidad de cada institución de adaptar sus objetivos a la realidad de cada territorio. En ese debate cabe pensar que el segundo de los principios ha sido particularmente reforzado y que se ha priorizado la autonomía y la capacidad de auto-organización de las entidades locales y forales, frente a la capacidad reguladora de las instituciones autonómicas comunes (Ararteko, 2016).

⁵ El entramado institucional del sistema de Servicios Sociales resulta muy complejo y difícil de entender para la ciudadanía. Además, la distribución competencial en la prestación de servicios supone un gran desafío para la continuidad de la atención. La gestión de la pandemia ha puesto de manifiesto –más si cabe– la importancia crucial de actuar de forma integrada entre los servicios sociales de atención primaria (Ayuntamientos) y secundaria (Diputaciones), así como entre los diversos sistemas del estado de bienestar, para poder dar respuesta a la complejidad de las situaciones que han aflorado y garantizar un mínimo de continuidad de la atención (Buesa y Cantero, 2022).

⁶ Para Aguilar, la diferenciación entre servicios de atención primaria y de atención secundaria provoca dificultades para el desarrollo de políticas coherentes debido a la separación político-administrativa de servicios que actúan en el

mismo ámbito territorial. Esta diferenciación provoca una doble fractura: por una parte, una fractura técnico-profesional entre dos modelos de atención que no se ensamblan. Por otra, una fractura político-administrativa y de financiación, debido a que Comunidades autónomas y Ayuntamientos (al menos los grandes) se responsabilizan por separado de cada parte del “sistema”. De ahí se han derivado múltiples conflictos, en especial cuando la opción por una u otra modalidad de atención implica que los costes recaigan sobre una u otra administración. En un contexto de escasez de financiación en ambos niveles y de tensiones interinstitucionales entre ellos, la dificultad de articulación del sistema es evidente.

⁷ Cabe destacar en ese sentido, por ejemplo, el desarrollo del Sistema Vasco de Información sobre Servicios Sociales (SVISS) y el impulso del Observatorio Vasco de Servicios Sociales (OVSS), así como el impulso a un modelo de gobernanza colaborativa.

⁸ Obviamente, en un contexto de modificación de la *Ley de Servicios Sociales*, cabría pensar en la asunción del conjunto de las competencias relacionadas con los servicios sociales por parte de la administración autonómica, como ocurre en el ámbito de la salud o la educación. Una aproximación comarcal, que no diluya el desarrollo y la trayectoria histórica de los servicios sociales municipales y forales, parece sin embargo, a día de hoy, una opción más razonable.

⁹ El *Documento de bases para la creación de un ecosistema vasco de innovación social en servicios y políticas sociales*, recientemente presentado por el Gobierno Vasco, plantea algunos avances al respecto. En esa línea, el *Programa de Gobierno para la XIII Legislatura* señala entre sus compromisos el de “promover una agenda de I+D+I en Servicios Sociales e impulsar un ecosistema vasco de innovación social en el ámbito de los servicios y políticas sociales para responder a los retos sociales desde la cooperación entre Administraciones, con el Tercer Sector Social, las empresas, las universidades y otros agentes de conocimiento”. Este compromiso también se recoge en el Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV.

¹⁰ La Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias, BIOEF, es el instrumento creado por el Departamento de Salud para promover la innovación y la investigación en el sistema sanitario de Euskadi.

¹¹ SUMAR, Servicios Públicos de Acción Social de Catalunya, S.L. es una sociedad mercantil pública destinada principalmente a gestionar servicios sociales de interés público por encargo de las entidades públicas asociadas. En la actualidad forman parte de SUMAR una veintena de municipios de Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

Arrieta, F. (2019). *El archipiélago del bienestar: Los servicios sociales en el País Vasco*. Los Libros de la Catarata.

Ararteko (2016). *La situación de los servicios sociales municipales en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Situación actual y propuestas de mejora*. Ararteko.

Buesa, S., Cantero, B., (2022). “Las demandas de la ciudadanía a los servicios sociales”. En: Fundación Eguía Careaga (Ed.), “Servicios Sociales y vulnerabilidad frente a la pandemia” (pp. 49-69). Fundación Eguía Careaga.

Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales (2021). *Evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV*. Gobierno Vasco.

Zalakain, J., (2024). “Características, fundamentos, estructura y gobernanza del Sistema vasco de Servicios Sociales”, en *El Sistema de Servicios Sociales. Estructura y perspectivas*. Bilbao, Universidad del País Vasco.



J. J. IHAKKOLA

GIPUZKOA, ZAINZA LURRALDEA/ TERRITORIO DE CUIDADOS

MAITE PEÑA

1. Introducción

En los últimos 30 años los servicios sociales de Gipuzkoa han impulsado un modelo de atención, cuidados y apoyos a las personas, que ha funcionado con éxito, generando una profunda red colaborativa basada en un modelo de gestión público-privado-social que ha potenciado la calidad de los servicios, ha favorecido la atención y los cuidados en centros residenciales y en el domicilio, ha impulsado una potente red que facilita la inclusión social de las personas más vulnerables, ha desarrollado un nuevo marco de gestión y actuaciones para atender a las mujeres víctimas de violencia machista, ha fomentado la formación y capacitación de profesionales en el ámbito social, así como la innovación social y tecnológica, actuaciones todas que han evolucionado para adaptarse a los cambios que se han venido produciendo en la sociedad guipuzcoana.

No obstante, en los últimos años se ha consolidado la evidencia en torno a los desafíos que afronta Gipuzkoa, derivados del reto demográfico (Gobierno Vasco, 2022, ADINBERRI, 2021), así como la emergencia de nuevas condiciones sociales que pueden derivar en exclusión social (DCPS, 2024), que, sumada a las lecciones aprendidas de la crisis de la COVID-19 (DCPS, 2021c), han documentado y reportado el imperativo de transformar, en el largo plazo, el modelo de cuidados del Territorio de Gipuzkoa anticipándose a las necesidades futuras de atención, cuidados y apoyos de los servicios sociales del territorio.

Gipuzkoa Zaintza Lurraldea/Territorio de Cuidados constituye la estrategia territorial del Departamento de Cuidados y Políticas Sociales (Diputación Foral de Gipuzkoa) para impulsar la transición del modelo de atención, cuidados y apoyos en Gipuzkoa, pasando de un modelo de cuidados centrado en los servicios hacia un modelo de cuidados centrado en las personas y la comunidad (DCPS, 2021a, DCPS, 2023a). La estrategia de transición está planificada de manera estratégica, colaborativa y participativa y orientada por objetivos de largo plazo que aseguren una mejora continua en la calidad de vida de las personas que constituyen la población objetivo de los servicios sociales. Este cambio requiere del despliegue de procesos de innovación, gobernanza y evaluación que permitan una adaptación gradual e incremental

de los servicios sociales, centros, entidades proveedoras, comunidades y personas para ajustarse progresivamente al nuevo modelo. El enfoque incremental favorece una transición justa, equilibrando el ritmo del cambio con la capacidad de adaptación de los diferentes actores involucrados (DCPS, 2021b).

El artículo está organizado en tres secciones. En la primera sección, tras la introducción, se presenta el enfoque *Gipuzkoa Zaintza Lurraldea* desde la perspectiva conceptual, sus principios y sus pilares. En la segunda sección, se describe el enfoque de las Políticas Sociales de Transición y su despliegue, destacando los retos del territorio a los que la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030* afronta. Por último, en la tercera sección se realizan consideraciones generales a modo de conclusión.

2. Enfoque: *Gipuzkoa Zaintza Lurraldea/Territorio de Cuidados*

2.1. Emergencia del enfoque *Gipuzkoa Territorio de Cuidados*

En el verano de 2019, el Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa (DFG), en colaboración con diversas instituciones y organizaciones sociales, presentó el proyecto *Gipuzkoa Care Land 2030*, destinado a obtener financiación europea con el fin de impulsar un nuevo modelo de gobernanza y coordinación, basado en la innovación social, para el diseño, implementación, monitorización y evaluación de un nuevo marco para las políticas sociales, centrándose en los cuidados de larga duración para el Territorio de Gipuzkoa. En esta propuesta europea se estructuró por primera vez el concepto de *Gipuzkoa Zaintza Lurraldea/Territorio de Cuidados*, definido como un marco estratégico para la transición del modelo de atención, cuidados y apoyos para el Territorio de Gipuzkoa.

En el año 2020, el proyecto *Gipuzkoa Care Land 2030* proporcionó una plataforma para reflexionar de manera integral sobre la transformación del modelo de cuidados para todo el espectro de los servicios sociales de Gipuzkoa. Esta reflexión fue integrada en la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030: Gipuzkoa Territorio de Cuidados* (DCPS, 2021b), instrumento institucional para dinamizar la transición hacia un modelo personalizado de los servicios sociales.

En el año 2021, gracias al programa *Euskadi Next Generation*, se financió el proyecto *Gipuzkoa Zaintza Lurraldea 2030*, en el marco del cual se han desplegado diversas iniciativas de innovación social con el fin de impulsar la transición del modelo de cuidados en Gipuzkoa (Gobierno Vasco, 2020).

2.2. Definiendo un *Territorio de Cuidados*

Con todos estos antecedentes, *Gipuzkoa Zaintza Lurraldea* se configura como la base para el diseño de una estrategia institucional que promueve la transición del modelo de atención, cuidados y apoyos, actualmente centrado en los servicios, hacia un modelo centrado en las

personas y la comunidad (DCPS, 2021b). Para ello, *Gipuzkoa Zaintza Lurraldea* adopta un enfoque ecosistémico de la atención, cuidados y apoyos, lo que implica el despliegue de políticas y mecanismos que no solo garanticen la calidad y la transparencia en los servicios sociales, centros y redes de apoyo, sino que también fomenten la personalización y el cuidado de proximidad basado en comunidades.

Un *Territorio de Cuidados* se define por varias dimensiones convergentes, que enuncio a continuación (DCPS, 2021b):

Políticas Sociales de Cuidados

Un *Territorio de Cuidados* redefine las políticas sociales, estructurando su gestión en dos grandes ámbitos. Por un lado, las políticas sociales despliegan un conjunto de normas, servicios y herramientas de intervención pública, cuyo objetivo es asegurar servicios de calidad, eficientes y transparentes para las poblaciones objetivas de los servicios sociales. Por otro lado, las políticas sociales despliegan un conjunto de estrategias, programas, planes y actuaciones que promueven la innovación de los servicios sociales, basados en la experimentación, gobernanza y evaluación y acreditación de la calidad para asegurar cuidados personalizados a lo largo del ciclo de vida de las personas (DCPS, 2021b). Estas dos políticas sociales se despliegan y convergen para impulsar un *Territorio de Cuidados*.

Continuidad de los cuidados

Un *Territorio de Cuidados* garantiza la continuidad en la atención mediante una gobernanza multinivel innovadora, que facilita la coordinación de los servicios de salud, sociosanitarios, sociales, judiciales y comunitarios. La gobernanza no solo es institucional, facilitando acuerdos para la gestión de la atención, cuidados y apoyos en los diferentes tipos de servicios, sino también es social. La gobernanza social despliega mecanismos eficaces que garantizan la participación de las personas usuarias de los servicios sociales, las familias, las personas técnicas y profesionales y las comunidades de cuidados. Estas dos gobernanzas se despliegan y convergen para impulsar un *Territorio de Cuidados*.

Prioridad por la atención, cuidados y apoyos en el domicilio

Un *Territorio de Cuidados* prioriza el domicilio como el espacio central del cuidado. Sin embargo, el domicilio puede no ser el mejor espacio para personas víctimas de violencia doméstica, o bien para personas mayores que necesitan grandes adaptaciones arquitectónicas para continuar viviendo en su domicilio. Para este tipo de perfiles de personas, los servicios sociales disponen de recursos para su atención. Está documentado que las personas en general prefieren vivir en sus domicilios hasta que les sea posible hacerlo (García-Soler *et. al.*, 2022). Esta preferencia por el domicilio implica una modernización de los servicios sociales de atención domiciliaria para ofrecer atención, cuidados y apoyos personalizados. Por otro lado, la preferencia

por el domicilio exige un reconocimiento claro sobre el valor de las personas cuidadoras, tanto formales como informales, y promueve su formación, soporte y fomenta la corresponsabilidad entre hombres y mujeres cuando cuidan. Estas dos dinámicas, cuidar en el domicilio y cuidar a quienes cuidan, se despliegan y convergen para impulsar un *Territorio de Cuidados*.

Transformación del cuidado en centros de día y centros residenciales

Un *Territorio de Cuidados* despliega un conjunto de estrategias para personalizar la atención y hogarizar los centros de día y los centros residenciales estructurando la continuidad de los cuidados institucionales (DCPS, 2022a). Esta continuidad exige organizar los centros como ecosistemas que no solo se conectan eficientemente con los servicios de salud y servicios sociales, sino que impulsan la mejora de las relaciones entre las personas residentes, las familias y las personas profesionales, conectando el centro con la comunidad local, mejorando la participación de las personas usuarias y familias y promoviendo la formación de las personas profesionales involucradas, sin descuidar sus condiciones de trabajo. Estas dos dinámicas, transformar los modelos organizacionales de los centros e impulsar un modelo personalizado de cuidados convergen en el impulso de un *Territorio de Cuidados*.

Innovación social, tecnológica e institucional

Un *Territorio de Cuidados* impulsa la experimentación y la innovación, creando laboratorios para probar nuevas ideas y tecnologías en el ámbito de los cuidados, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, personalizar y fomentar un entorno de aprendizaje constante. La experimentación es una condición para probar nuevos productos, métodos y servicios. La innovación ofrece espacios de escalado e institucionalización de aquello que funciona, lo que exige que las instituciones impulsen cambios y adaptaciones de los servicios que ofrecen a las personas del territorio (DCPS, 2022b). Estas dos dinámicas se combinan para innovar a nivel social (comunidades), organizacional (entidades) e institucional (servicios) y convergen en el impulso de un *Territorio de Cuidados*.

Monitorización y Evaluación

Un *Territorio de Cuidados* despliega herramientas y procesos de monitorización de los servicios (calidad, eficiencia y eficacia) y el análisis de impacto social a través de metodologías participativas y sistemas de indicadores, con el fin de garantizar la mejora continua de los cuidados, siempre desde una perspectiva basada en la evidencia (DPCS, 2023a). La generación de evidencia es la clave para el diseño informado de políticas. Las dinámicas de monitorización y evaluación convergen para orientar sobre el despliegue de un *Territorio de Cuidados*.

En síntesis, un *Territorio de Cuidados* ofrece atención, cuidados y apoyos respetando derechos y otorgando a las personas la máxima autonomía y capacidad de decisión y elección sobre cómo quieren ser cuidadas en el presente y en el futuro.

2.3. Principios de un Territorio de Cuidados

Un *Territorio de Cuidados* se despliega bajo principios que orientan el desarrollo y gestión de las estrategias, planes y actuaciones que impulsan la transición del modelo de cuidados a nivel territorial. Estos principios se pueden sintetizar como sigue.

Bienestar social y calidad de vida

El principio del bienestar y calidad de vida orienta todas las acciones de la política social hacia la mejora del bienestar físico, emocional y social de las personas, en especial la de aquellas en situación de vulnerabilidad: como personas con diversidad funcional, personas migrantes, mujeres víctimas de violencia de género y personas en riesgo de exclusión. Este principio asegura que las políticas y servicios sociales promuevan la inclusión social y una vida digna para todos los colectivos atendidos.

Sostenibilidad institucional

Este principio aboga por que todas las acciones de la política social fortalezcan las capacidades institucionales que garanticen que los servicios sociales puedan atender las necesidades de la población actual sin comprometer la calidad de vida de las generaciones futuras. El equilibrio entre la demanda de servicios y la disponibilidad de recursos es crucial para asegurar la sostenibilidad a largo plazo del modelo de cuidados y cohesión social.

Transversalidad de los servicios

El principio de la transversalidad de los servicios se refiere a la necesidad de integrar y coordinar los distintos servicios de salud, sociales y comunitarios para ofrecer atención, cuidados y apoyos personalizados. Este principio fomenta la colaboración entre las instituciones y los diversos actores implicados en las acciones de provisión de cuidados, asegurando que los servicios respondan de manera efectiva a las necesidades individuales y colectivas de las personas en el territorio.

Equidad e inclusión social

El principio de equidad asegura que todas las personas tengan acceso a los recursos y servicios en función de sus necesidades y preferencias. Esto implica garantizar la igualdad de oportunidades y respeto a la diversidad para todos los individuos, independientemente de su origen social, económico o cultural, y trabajar hacia una mayor cohesión social en el territorio.

Igualdad de género

Este principio busca promover la corresponsabilidad en los cuidados, intensificando la responsabilidad de los hombres en el cuidado y la equidad de género en los procesos de gestión en un ámbito fuertemente feminizado. El reconocimiento social de los cuidados y la promoción

de medidas que aseguren la protección y el bienestar de las mujeres, en especial de aquellas que han sido víctimas de violencia machista.

Derechos lingüísticos

Finalmente, el principio de derechos lingüísticos garantiza el respeto y la promoción del euskera en los servicios de atención y cuidados, sin desatender el uso de otras lenguas habladas por personas que pertenecen a minorías lingüísticas. Este enfoque promueve la inclusión cultural y lingüística, asegurando que los servicios sean accesibles para todas las personas, independientemente de su lengua.

2.4. Pilares de un *Territorio de Cuidados*

Un *Territorio de Cuidados* se basa en diferentes pilares, que constituyen la base sobre la cual se desarrollan la atención, cuidados y apoyos que reciben las poblaciones objetivo de los servicios sociales.

Derechos sociales

El primer pilar asegura que los cuidados se fundamenten en el reconocimiento de los derechos sociales como principio rector. Esto implica que las personas tienen derecho a recibir atención, cuidados y apoyos basados en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad. A través de este pilar, se garantiza que los servicios sociales proporcionen seguridad, autonomía personal e inclusión social, fomentando un envejecimiento activo y saludable. El enfoque de derechos sitúa a las personas en el centro de las políticas sociales, promoviendo su bienestar integral.

Prevención

La prevención social constituye el segundo pilar de un *Territorio de Cuidados*. Esta dimensión implica intervenir de manera proactiva para identificar y mitigar factores que puedan afectar negativamente la calidad de vida de las personas. A través de la prevención, se busca anticipar situaciones de vulnerabilidad, desarrollando estrategias que promuevan la intervención temprana y la corrección de condiciones que puedan generar exclusión o dependencia. La prevención, por tanto, se articula como un elemento clave para la sostenibilidad del sistema de cuidados.

Personalización

El tercer pilar del modelo se refiere a la personalización de los servicios sociales. Esta estrategia reconoce que cada persona tiene necesidades, preferencias y capacidades únicas, lo que exige un enfoque de cuidados flexible y adaptativo. La personalización devuelve el control a las personas usuarias, permitiéndoles tomar decisiones sobre cómo, cuándo y dónde desean

recibir cuidados y apoyos. Este enfoque potencia la autonomía y la libertad de elección de las personas, promoviendo su dignidad y participación activa en el diseño de su propio plan de vida.

Proximidad

La proximidad es el cuarto pilar de un *Territorio de Cuidados* y destaca la importancia de los espacios locales en los que se despliegan la atención, los cuidados y apoyos. El enfoque de proximidad fomenta el desarrollo de redes de apoyo comunitario que refuerzan los vínculos sociales y promueven la solidaridad. Asimismo, este pilar aboga por la coordinación entre los servicios sociales, sanitarios y comunitarios, asegurando que los cuidados se mantengan cercanos a las personas y sus entornos cotidianos. El objetivo es garantizar la continuidad de los cuidados en el ámbito local, integrando los servicios, de manera que estos respondan eficazmente a las necesidades de las personas objetivo de los servicios sociales con apoyo de la comunidad.

Participación

Este pilar se centra en la creación de herramientas, metodologías y espacios que permiten la integración activa de las personas usuarias, sus familias, las personas profesionales y las personas gestoras de servicios en todo el ciclo de los cuidados. A través de procesos participativos, se asegura que las personas puedan influir en la toma de decisiones que afectan directamente a su bienestar. La participación fomenta una gestión más transparente y colaborativa, enriqueciendo el modelo de cuidados con las perspectivas y experiencias de quienes lo integran.

3. Una década para la transición del modelo de cuidados

3.1. El imperativo de la transición del modelo de cuidados

En el año 2020, la crisis de la COVID-19 evidenció tanto las fortalezas como las debilidades del modelo de atención y cuidados vigente, poniendo de relieve la necesidad urgente de transformación. Esta crisis actuó como catalizador, acelerando la necesidad de repensar y reformar el sistema de cuidados, para hacerlo más resiliente, justo y efectivo frente a los desafíos del territorio (DCPS, 2021 c). La crisis tensionó fuertemente el sistema, impulsando la necesidad imperiosa de transformarlo radicalmente y conducir esta transformación con inteligencia, estrategia y consenso. Tras una profunda reflexión sobre el horizonte de transformación de las políticas y servicios sociales, el Departamento de Cuidados y Políticas Sociales puso en marcha un proceso de gobernanza para la elaboración de la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030* (Políticas Sociales de Transición), con el fin de pasar, en una década, de un modelo centrado en los servicios a un modelo centrado en las personas y la comunidad (DCPS, 2021 b).

En el año 2021, el Departamento de Cuidados y Políticas Sociales comenzó a ejecutar la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030*, para lo cual se puso en marcha un moni-

tor de transiciones, es decir, un sistema de seguimiento para medir el grado en que los servicios sociales, a diferentes velocidades de cambio, impulsan la innovación (social, tecnológica e institucional), la gobernanza (colaboración y participación), la personalización (prioridad a las necesidades y preferencias de atención de las personas usuarias) y el impacto social (mejora de la calidad de vida e inclusión social) (DCPS, 2023b).

En el año 2023, el Departamento de Cuidados y Políticas Sociales puso en marcha una innovación institucional de envergadura creando dos direcciones generales. La Dirección General de Agenda, Innovación y Evaluación, encargada de desplegar la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030*, y la Dirección Integrada de Centros, encargada de impulsar los planes de transformación y personalización de los centros de atención, centros de día y centros residenciales.

En el año 2024, el Departamento de Cuidados y Políticas Sociales (DFG) desplegó una consulta a 18 órganos de gobernanza para actualizar la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030*, eliminando las actuaciones relativas a la COVID-19 y diseñando un conjunto de actuaciones ligadas a la anticipación y prevención como ejes estratégicos para atenuar los impactos de futuro en el sistema de servicios sociales de Gipuzkoa.

En resumen, el imperativo de la transición hacia un *Territorio de Cuidados* no solo responde a una necesidad estructural evidenciada por la crisis de la COVID-19, sino que también es una oportunidad para construir un sistema más inclusivo, eficiente y centrado en las personas. Esta transformación es fundamental para garantizar que el sistema de cuidados del futuro sea capaz de responder a los cambios sociales y demográficos, proporcionando un marco robusto y equitativo para el bienestar de todas las personas del territorio.

3.2. Los retos para la transición del modelo de cuidados

La transición hacia un *Territorio de Cuidados* debe superar una serie de desafíos territoriales que deben ser abordados de manera sistemática y planificada. Estos retos estructuran la transición del modelo de atención, cuidados y apoyos personalizados y comunitarios.

El reto de la prevención

Impulsar una cultura de la prevención en los cuidados supone uno de los mayores desafíos para el sistema. Es necesario desarrollar estrategias preventivas en tres niveles: individual, social e institucional. La prevención temprana y basada en evidencias permite anticipar riesgos y actuar antes de que los problemas se conviertan en situaciones críticas, mejorando así la calidad de vida de las personas y reduciendo la presión sobre los servicios sociales y sanitarios.

El reto de la personalización

La personalización de los cuidados requiere implementar simultáneamente innovaciones sociales, tecnológicas, institucionales y organizacionales. Este reto implica consolidar un eco-

sistema de cuidados flexible, adaptativo y capaz de responder a las necesidades y preferencias individuales de las personas usuarias de los servicios sociales. La personalización, además, otorga mayor autonomía a las personas y fomenta su participación activa en la planificación de sus propios planes de cuidados.

El reto de la migración y la inclusión social

En un contexto de creciente presión migratoria, el desafío consiste en garantizar los derechos de las personas migrantes, al tiempo que se promueve su inclusión social y cultural. Los servicios sociales deben adaptarse para proporcionar atención adecuada a una población cada vez más diversa, asegurando que las personas migrantes reciban los apoyos necesarios sin discriminación y con respeto a sus particularidades culturales.

El reto de cuidar a las personas cuidadoras

Las personas cuidadoras, tanto formales como informales, desempeñan un papel esencial en el sistema de cuidados. Sin embargo, a menudo no reciben el soporte emocional y práctico adecuado. El desafío radica en desarrollar políticas y medidas que cuiden a quienes cuidan, creando un entorno laboral justo y equitativo para los profesionales del sector, y ofreciendo apoyo emocional y recursos adecuados para los cuidadores familiares.

El reto de la continuidad de los cuidados

Garantizar la continuidad en los cuidados es otro reto crítico. Es fundamental consolidar la coordinación entre la atención domiciliaria, los centros de día, los centros residenciales y otros recursos de atención. El reto reside en gestionar de manera efectiva los itinerarios de atención, asegurando que las personas reciban cuidados integrados y coherentes a lo largo de su ciclo de vida, independientemente de dónde se encuentren.

El reto de la transversalidad de las políticas

La personalización de los cuidados no puede lograrse sin una adecuada coordinación entre los distintos servicios sociosanitarios y comunitarios. El reto consiste en establecer sistemas de coordinación eficientes, apoyados en una normativa clara, protocolos de gestión efectivos y el uso de tecnologías que faciliten la interoperabilidad entre los distintos actores implicados en la provisión de cuidados.

El reto de la participación

La participación de las personas usuarias, sus familias y los profesionales en el ciclo de cuidados es esencial para garantizar la calidad y la adecuación de los servicios. El reto está en diseñar mecanismos que faciliten esta participación de manera efectiva, permitiendo que las voces de los actores clave sean escuchadas y tengan un impacto real en la toma de decisiones.

El reto de la desfeminización de los cuidados

Históricamente, la responsabilidad del cuidado ha recaído de manera desproporcionada sobre las mujeres. El reto de la desfeminización implica promover un cambio cultural profundo que fomente la corresponsabilidad de hombres en los cuidados. Además, se requiere el desarrollo de políticas públicas que promuevan la equidad de género y visibilicen la carga desigual que recae sobre las mujeres en este ámbito.

El reto de la evaluación

La evaluación es un componente fundamental para asegurar que las políticas y los servicios se basen en evidencias y se ajusten a las necesidades cambiantes de la población. El reto consiste en consolidar equipos y herramientas de evaluación que permitan medir tanto la calidad de los servicios como el impacto de los mismos en la calidad de vida de las personas usuarias.

El reto de la comunicación social

La transparencia y la comunicación son esenciales para generar confianza en el sistema de cuidados. El reto está en desarrollar una estrategia de comunicación efectiva que informe de manera clara y accesible sobre los avances en la transición hacia un modelo personalizado de cuidados, involucrando a todos los actores y asegurando una comprensión común de los objetivos y resultados esperados.

3.3. El despliegue de las *Políticas Sociales de Transición*

Las Políticas Sociales de Transición

En la figura 1 se presenta una síntesis del despliegue de las políticas sociales que impulsan la transición hacia un *Territorio de Cuidados*. Así, el enfoque *Gipuzkoa Zaintza Lurraldea/Territorio de Cuidados* ofrece marco estratégico sobre la transición y un horizonte de futuro para la transformación del modelo de cuidados.

Las *Políticas Sociales de Transición* despliegan el enfoque a nivel institucional, poniendo en marcha principales estrategias, planes y programas sectoriales ligados a las poblaciones objetivo de los servicios sociales, planes y programas que operacionalizan el enfoque, pilares y principios del *Territorio de Cuidados*.

La *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030*, por su parte, implementa un conjunto de líneas de acción que se concretizan en actuaciones y actividades anuales y plurianuales que impulsan la innovación, gobernanza y hacen operativas las *Políticas Sociales de Transición*. La Agenda es dinámica y se actualiza y se corrige, según se va implementando, gracias a un sistema de monitorización continua que evalúa procesos, gobernanza, productos y resultados de las actuaciones ejecutadas.

Figura 1. Despliegue de la transición del modelo de cuidados.

La Agenda de Ciudades y Políticas Sociales 2020-2030

El despliegue de las *Políticas Sociales de Transición* se materializa a través de la *Agenda de Ciudades y Políticas Sociales 2020-2030*. La Agenda define las acciones concretas necesarias para llevar a cabo la transformación del modelo de cuidados en Gipuzkoa (figura 1). Este despliegue no es un proceso lineal ni estático, sino que se concibe como un ciclo dinámico y adaptable, ajustado continuamente a las realidades sociales, institucionales y económicas que surjan a lo largo del período de implementación.

La *Agenda de Ciudades y Políticas Sociales 2020-2030*, como instrumento operativo de las *Políticas Sociales de Transición*, establece un conjunto de actuaciones a corto, medio y largo plazo que permiten materializar los objetivos estratégicos de la transformación del modelo de cuidados. Estas acciones son diseñadas e implementadas mediante un enfoque de planificación participativa, donde las personas usuarias, las familias, los profesionales, las organizaciones y las instituciones colaboran para asegurar que las intervenciones respondan a las necesidades reales de la población objetivo de las políticas sociales.

Un componente clave del despliegue de la *Agenda de Ciudades y Políticas Sociales 2020-2030* es el sistema de monitorización continua. Este sistema permite evaluar los progresos realizados en cada una de las líneas de acción, así como ajustar las intervenciones en función de los resultados obtenidos. La monitorización incluye el análisis de los procesos de gobernanza,

los productos generados y los resultados alcanzados, asegurando que las decisiones se tomen con base en datos actualizados y precisos. Este enfoque de gestión adaptativa es fundamental para garantizar la flexibilidad y la efectividad del despliegue de la Agenda.

Además, la actualización periódica de la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030* permite que las políticas de transición se mantengan alineadas con los cambios en el contexto local, regional y global. De hecho, la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030* se adapta a los aprendizajes generados durante su implementación, integrando innovaciones que han demostrado ser eficaces y respondiendo a las nuevas demandas emergentes. Esta capacidad de adaptación es crucial para asegurar que el sistema de cuidados evolucione en sintonía con las necesidades de la sociedad y de las personas usuarias.

Finalmente, el despliegue de las *Políticas Sociales de Transición* contempla un enfoque inclusivo, que da voz a todos los agentes clave en el territorio. La gobernanza de la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030* se despliega en 18 órganos de gobernanza participativa en las que se incluyen comités de personas gestoras, representantes de personas usuarias y sus familias, así como profesionales de los servicios de cuidados. Este enfoque asegura que las decisiones reflejen una diversidad de perspectivas, enriqueciendo la capacidad del sistema para atender de manera integral las necesidades de las personas y la comunidad.

Objetivos estratégicos de la Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030

La *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030* se estructura en 5 objetivos estratégicos.

Objetivo 1. Anticipación y prevención

Este objetivo despliega el desarrollo de actuaciones ligadas al diseño de futuros, análisis de tendencias y prospectiva orientados a mejorar la capacidad de anticipación de los servicios sociales y de los agentes territoriales en relación a las demandas sociales a las que se deberá dar respuesta en el futuro. Por otro lado, este objetivo despliega actuaciones ligadas a la prevención de los cuidados tanto a nivel individual como social. Se trata de desplegar acciones relativas a la sensibilización sobre vida activa y saludable, el autocuidado y el cuidado comunitario.

Objetivo 2. Personalización e innovación

Este objetivo despliega actuaciones que impulsan la innovación y transformación de los servicios sociales para la personalización de la atención, cuidados y apoyos que reciben los diferentes perfiles de personas y poblaciones objetivo de los servicios sociales. La personalización es el eje central de la transformación del modelo que, junto con el cuidado comunitario, son las dos dimensiones centrales del cambio promovido por las políticas sociales de transición. La personalización de los servicios y el cuidado comunitario se desarrollan a partir del impulso de la innovación social, cultural (de los cuidados), tecnológica e institucional.

Objetivo 3. Gobernanza y participación

Este objetivo despliega actuaciones que ponen en marcha herramientas, canales y soportes para facilitar la participación de las personas usuarias, familias y personas profesionales. Por otro lado, despliega 18 órganos de gobernanza institucional y local para facilitar la coordinación sociosanitaria, la transversalidad de los servicios y la colaboración territorial (organizaciones del tercer sector, empresas, universidades, centros tecnológicos entre otros).

Objetivo 4. Monitorización y evaluación

Este objetivo despliega actuaciones ligadas a la monitorización propia de la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030*, pero también de proyectos e iniciativas de innovación que pueden tener interés para ser adoptadas por los servicios sociales para su dinamización e innovación. Por otro lado, en el marco de este objetivo se pone en marcha la creación de la *Agencia de Evaluación de los Cuidados*, una herramienta institucional para evaluar y acreditar centros, proveedores de servicios y evaluar la calidad de vida de las personas y poblaciones objetivos de los servicios sociales. Por último, bajo este objetivo se despliegan actuaciones y herramientas ligadas a la evaluación coste-beneficio de las innovaciones impulsadas por la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030*.

Objetivo 5. Escalado y comunicación social

Este objetivo despliega actuaciones ligadas al escalado de las innovaciones con impacto social que puedan ser incorporadas a los servicios sociales (innovaciones de cartera) o bien transferidas a los agentes territoriales y entidades proveedoras de servicios para fomentar la innovación en todo el ecosistema de servicios sociales. Por último, bajo este objetivo se despliegan actuaciones ligadas a la mejora de la comunicación social de los resultados de las Políticas Sociales de Transición, campañas de sensibilización sobre los cuidados y promoción de la corresponsabilidad de los hombres en el cuidado.

4. Consideraciones finales

Gipuzkoa Zaintza Lurraldea es un horizonte estratégico para la transición del modelo de atención, cuidados y apoyos en el Territorio de Gipuzkoa. Este horizonte se estructura sobre la base de un nuevo enfoque de políticas sociales, entendidas como políticas sociales de transición, que se operacionaliza en la *Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 2020-2030*.

Para impulsar la transición hacia un modelo personalizado de atención, cuidados y apoyos, el Departamento de Cuidados y Políticas Sociales ha creado dos direcciones generales. La Dirección General de Agenda, Innovación y Evaluación, y la Dirección General de Gestión Integral de Centros, ámbitos institucionales destinados a desplegar y coordinar la transición del modelo de cuidados.

Las personas y la comunidad son los ejes centrales de la transición ya que las personas son el núcleo y el corazón de una sociedad cohesionada. Por este motivo, *Gipuzkoa Zaintza*

Lurraldea tiene el objetivo estratégico de proteger y desarrollar el bienestar de todas las personas a través de una política pública que se apoya en el modelo personalizado de atención, y por ende, en la personalización de los servicios sociales que es la brújula del cambio para los próximos años.

Se trata de un largo camino, pero el desarrollo logrado hasta la fecha muestra bases sólidas para seguir avanzando. Y, como no podía ser de otra manera, la transición sólo puede desarrollarse sobre la base de un amplio proceso de gobernanza en la que la colaboración de las entidades e instituciones y la participación de las personas usuarias, familias y personas profesionales son y serán claves.

Hacer de Gipuzkoa un *Territorio de Cuidados* es un enorme reto con un futuro lleno de oportunidades.

GURE ALDARRI FEMINISTA: ZAINZA SISTEMA PUBLIKO KOMUNITARIOA

AINARA SANTAMARIA ETA MIREN ARANGUREN

Goizeko 5:00ak dira, gorputz lokartua ohetik jaiki eta herriko plazan elkartu gara. Gaur, txaleko horiei, txilibituei, megafonoei eta mobilizazio ezberdinetan erabiltzen diren tresnei esekitokiak, amantalak, erratzak, fardelak, gurditxoak edo egunerokoan bizitzeko behar ditugun zereginei lotutako hamaika gailu gehitu zaizkie. Ez da oharkabea pasatzen den irudia, kalera atera ditugun tramankuluak gehienetan lau pareten artean ezkutatuta mantentzen baitira. Gailuei loturiko zaintza lanak eta zaintzaileak ere gisa berean dira, ikusezin eta aitortzarik gabe. Horregatik altxa gara bestelako zaintza sistema bat aldarrikatzera greba feministak orokorrean. Mugimendu feministak bizitzaren itzal laburraz kezkatuta, planto egin dio axolagabekeriari.

Joan den azaroaren 30ean, greba feminista orokor batek astindu zuen Euskal Herria. Zaintza sistema publiko komunitarioaren aldarriak bete zituen kaleak lehenengo aldiz; Mugimendu Feministaren lidergo-tza eta gehiengo sindikalaren babesarekin, hori ere estreinakoz. Berritasunik ez zuena mobilizazioaren zergatia zen: bestelako zaintza sistema baten eskaera. Historikoki

han-hemenka agertu da zaintza beharrei ematen zaien erantzunarekiko kezka. Egiaz, itzal luzea du gurean azaroaren 30ak.

Mugarri izan zaizkigun zaintza deiadarrak

Urteetan feministok izan gara zaintza-lanetan arreta jarri dugun bakarrenetakoak haren dimentsio sotilenetik intentsiboenera bizitza sostengatzeko ezinbestekoak direla konturatuta. 1970eko feminismoak salatu zuen kapitalismoak bizirauteko eta kapitalaren metaketan sakontzeko zaintza eta etxe-ko lanak behar zituela, soldatapeko lanetan diskriminazio zuzena pairatzen genduela emakume izateagatik eta, gainera, erreproduktzio lanek emakumeon esku jarraitzen zutela, horrek zekartzan jardun bikoitz edo hirukoitzekin. Dena dela, zaintza antolaketa bidegabea salatzeke borrokaren hastapenek erregimen horren muturreko egoeran dauden etxeko langileengana garamatzate Euskal Herrian.

Ez da kasualitatea zaintza-lanak enplegutzat zituzten horiek izatea era kolektiboan antolatu ziren lehendabizikoak gai honetan.

1985. urtera arte, Nafarroan eta Gipuzkoan bereziki bildu ziren etxeko langileak araudia hobetzeko aldarrikatuz. Eta egiari zor, bazuten horretarako arrazoirik, Espainiako Estatuan ia gaur egun arte bere horretan iraun duen etxeko langileen erregimen berezia frankismoan arautu baitzen. 1985. urtean, PSOEren erreformak ez zuen egoera aldatu, eta etxeko langileen kolektiboari baldintza sasilaboralak ezarri zitzaizkion. 1986an indartu zen haien borroka, Bizkaiko Etxe Langileen Elkartearen sorrerarekin. Elkartearen helburua etxeko langileei beren eskubideen inguruan informazioa ematea zen, eta bizi- eta lan-baldintzak hobetzea. Horretarako, etxeko langileen egoera kalean ikusarazten zuten salaketa-kanpainak egin zituzten (Epelde et. al., 2015). Bizkaiko Emakumeen Asanbladaren egoitzan bildu ziren eta elkarrekin jardun zuten eskuz esku hasieratik, aldarri berarekin. Hala, 1991. urtean, Bizkaiko Emakumeen Asanbladak zaintzen unibertsalizazioa eta produkzio-eta erreprodukzio-lanaren banaketa aldarrikatu zuen (Esteban, 2017).

Harrezkero, askotarikoak izan dira zaintza-lanak aitortzeko eta emakumeen zapalkuntzaren alderdi hori salatzeako antolatu diren jarduera, ekitaldi eta mobilizazioak. XX. mende hasieran, Hego Euskal Herriko zenbait herritan zaintzari buruzko mintegiak egin ziren eta Mendekoen Arretarako Euskal Sistema Publikoaren aldeko Plataforma sortu zuten 2005. urtean, bi aldarriekin: bata, zaintza-lanen banaketa; eta, bestea, mende-kotasunaren arretarako sistema publikoa.

Krisi sozioekonomikoaren kalteak eta horren kariatara ezarritako murrizketek

ekonomia feministaren gogoetak zaintzaren gaineko eztabaida politikoa lehen lerrora ekarri zuen gero eta indar handiagoz. Baina begirada azken urteetara ekarri, 2018an Euskal Herriaren luze-zabalean gauzatu zen *Emakumeok planto!* dinamika aipatuko genuke. Nazioarteko Greba Feministarako deialdia inflexio puntu bat izan zen Mugimendu Feministarentzat eta, hain zuzen ere, zaintza-greba izan zen mobilizazio erraldoiaren ardatzetako bat. Bizitza sostengatzeko ezinbestekoak diren lanak eraldaketa politikorako nahitaezko palanka direla aitortu zen. 2019. urtean *Heteropatriarkatu Kapitalistari Planto! Bizitzak Erdigunera!* aldarrikatu zuten emakumeek beste behin ere. Herri, eskualde zein nazio mailan asanblada eta batzordeetan antolaturiko 2019ko greba feministaren aldarria izan zen bizitza sostengatzeko ardura kolektiboaren aitortza, eta horretarako, erakundeei zein gizonezkoei interpelazio zuzena egin zitzaien. Pertsonen zaintza zapaldutakoon eskubideen bizkar gera ez dadin, zaintzen berrantolaketa soziala aldarrikatu zen, eta politika publikoen ardatza izan dadin galdegin.

Gerora, pandemia testuinguruan betebetan murgilduta, neurri batean ageriko egin zen zaintza lanen ezinbestekotasuna bizitzak aurrera egin dezan. Jabetze kolektiboaren adierazgarri izan ziren auzoz auzo sortu ziren zaintza-sareak, herrikideen premiak asebetetzea helburu zutenak. Txaloak eta sareak musukoarekin batera utzi genituen atzean, ordea; feministon arteko elkarlanak, berriz, aurrera egin zuen eta bada pandemia garaian abiatutako borrokaren lekukorik: Bizitzak Erdigunean Euskal Herriko Koordinakunde Feminista, esaterako.

Zenbait kolektibo eta kide feministak osaturiko borrokarako gune sortu berriak argi ikusi zuen gutxienez bi noranzko zituen une kritiko baten aurrean geundela: alde batetik, arrisku handia zegoela pandemia lehertzean ere salatua zen zaintza krisia bizkortzeko; beste alde batetik, aparteko aukera zabaldu zela erakundeak interpelatzeko eta zaintza-aren antolaketa ereduaren errotik aldaketak eskatzeko. Dударik gabe, testuinguru aparta zen zaintzen inguruko jabeakunzia prozesua jendartearen sustatzeko. Aliantza sendo eta feministak garatzea izan ziren pandemiaren kontrako txertoa eta, horrekin batera, zaintzarako eskubide kolektiboa posible egingo duen euskal sistema publiko komunitarioaren aldeko apustua egin zen.

Horren ondorio izan da zaintza-lan-gileen antolaketa sendotu duen eta lan ordaindegabea egiten duten emakume horiek guztiak aitortu eta lehen lerroan jarri dituen mobilizazioa. Zaintza denon ahotan dagoen honetan, ezinbestean begiratu behar diogu egindako ibilbideari, eta aitortu zeinekin dugun zaintza-zor historikoa, eta zeinek egon behar duen gure proposamen politikoen erdigunean, bidegabekeriaz josita dagoen eremua aldatzeko.

Aldaketa beharraren zergatiak eta zertarakotasunak

Zaintza krisi betean gaude. Eta ez diogu soilik feministok; izan ere, gero eta sektore gehiagotan aditzen dugu gaur egungo zaintza-antolaketa eraberritu behar dela, “desfamiliarizatu” behar dela, “desfeminizatze” ordua dela, “komunitateak” parte hartu behar duela eta “profesionalizazioaren” zein

“pertsonalizazioaren” alde egin behar dela; ezin dugula horrela jarraitu. Hala eta guztiz, betiko atakaren aurrean gaude: batzuen eta besteen aldaketa norabideak ez du zerikusirik, eta hitzen erabilera zein erartortzen diren praktikak ere ez dira berdinak.

Gaur-gaurkoz ez gara gai gizartean ditugun zaintza premiei erantzuteko, eta bizitza sostengatzeko ardura betikoengan ari da jausten, kapitalismoak sistematikoki desjabetzen eta baztertzen dituen horiengan: emakumeak, txiroak eta arrazializatuak. Horrek bultzatu gaitu, beste eredu batez pentsatzera, eta momentuz inspiratzaile zai-gu zaintza-sistema publiko komunitarioaren ideia.

Emagin Elkartetik horretan ari gara: tokian tokiko prozesuetan gabiltza murgilduta azken urteotan, zaintza-antolaketa-aren ereduari erreparatzen, bidegabekeriak agerian uzten, genero-sistemak sortu dituen fikzioak desmuntatzen, eta bereziki horiei aurre egiteko tokiko arkitektura publiko-komunitario berriak osatzeko proiektuetan laguntzen.

Aldarri feministak, lehenik, bizitzaren oinarri gisa izendatzen du zaintza, hots, guztiok bizitza osoan zehar behar dugun zerbaiten gisa. Elkarren mendekoak, eta ekomendekoak gara, eta, hortaz, ezin dugu zaintza hartu zerbait koiuntural edo salbuespenezkotzat. Gaur egun, mendekotasuna adin zehatzekin edo istripuz gertatzen diren egoerekin lotu arren, ideia horiekin puskatzea eta izaki guztiok komunean dugun ezaugarri gisa aitortzea ekarriko luke, eta hortik abiatuta egituratzea zaintza-sistema.

Bigarrenik, nahitaez dakar erakunde publikoetan paradigma-aldaketa bat, zaintza

eskubide unibertsa izateko marko teoriko berriak eta baliabideak sortzea, alegia. Baina, Administrazioari ez ezik, herritar guztioi eskatzen dizkigu aldaketak, elkar zainduko duten komunitateak nahi baditugu, eta, horra hor: hirugarren koska.

Horregatik, zaintza-sistema berriarena ez dugu ulertzen norabide bakarreko aldarrikapen gisa.

Zergatik zaintza-sistema publiko-komunitarioa?

Shahra Razavikek (2007) aspaldi gehitu zion “estatu-merkatua-etxe unitatea” hirukoari zaintza-lanen antolaketan partaide den laugarren erpin bat, hain zuzen ere, irabazi asmorik gabeko komunitate antolatua. Eremu guzti horiek elkarren mendekoak direla eta elkar eragiten dutela ere adierazi zuen. Planteamendu horrekin bat etorritik gehitu diogu komunitario abizen berria zaintza-sistema publikoaren aldarrikapenari. Alabaina, argitu nahi dugu guk ez dugula bat egiten erakunde publikoetatik sarri entzuten den komunitatearen inguruko ulermen konkretu batekin: guretzako komunitatea ez baita erakundeei dagokiena doan egingo duen boluntario-sare bat. Komunitarioaz hitz egiten dugunean, beraz, ez gara mintzo jendearen denbora instrumentalizatzeari eta beti zaindu duten horiengan berriz ere arduraga gehiago jartzeaz.

Publiko-komunitarioaz mintzatzeak, batetik, zer nolako publikoa nahi dugun eztabaidatzen laguntzen digulakoan gaude, ulerturik, eremu publikoa prozesu dinamikoa dela eta etengabeko birdefinizio-prozesuan egon beharko lukeela. Bestetik, pribatu-

publiko dikotomia gainditzeko laguntzen digu. Gaurko publikoak ez gaitu ordezkatzen; Administrazioa ez dagoelako demokratizazio prozesuetan sakontzen –salbuespen gutxi batzuk kenduta–; ez duelako komuneari duguna ordezkatzen, ez aitortzen; ez duelako ikuspegi feminista barneratzen. Gainera, erakundeez harago, ortzi-muga zabalagoa duen aldaketa sozialez mintzatzeko aukera ematen digu, eratu nahi ditugun komunitate eta bizitza bizigarriei pentsatzeko aukera ematen digu. Bukatzeko, irabazi asmoa lehenesten duen eremu pribatua alde batera utzi nahi dugulako mintzo gara horrela.

Publiko-komunitario esatea baino nekezagoa da kontzeptu horren atzean biltzen den ideia definitzea, eta argi dago oraindik asko dagoela honen inguruan fintzeko, eztabaidatzeko eta adosteko. Baina gaude, gehiago direla argiak komunitateetan ardatzuriko zaintza-sistema batean, honen baliogabetasun edo alboratzen duenean baino. Zergatik ez aprobeztatu jada existitzen den horren indarra?

Komunitatearen indarguneak

Ehun sozialaren haustura, gizakion arteko desloturak eta atomizazioa areagotzen ari diren garaiotan, komunitateak helburu desiragarria dira errealitate indartsu bainoago^[2]. Gaude, gero eta gehiago hitz egiten dugula komunitateez, hain zuzen ere, komunitatearen falta sumatzen dugulako. Askok diote, kapitalismoaren garaipen gorenaren komunitateen desagitea ere izan dela. Indibidualismoaren eta bakardade antolatuen aurrean, helduleku ditugu komunitateak; amesten dugu eraikitzen dihardugun

komunitate horiekin. Baina komunitateak izan badira, komunitate-harremanak dauden bitartean.

Baina, zer ulertzen dugu komunitateaz? Etengabe eraketan dauden harreman sozialak ari gara, bizirik dauden elkarreragineko gizakien arteko artikulazio-sareez. Komunitateak izan daitezke ingurune materialean garaturiko harreman eta emozioen ekosistemak; eta baita izaki sozialek ezinbesteko dugun talde pertinentzia sentipena garatzeko eremuak ere^[3]. Komunitateaz aritzean, ekosistema horri bizirik eusten dioten prozesuez ari gara; afektuzko, elkar babesean oinarrituriko eta konpromisozko harremanez; eta baita elkarrekikotasun eta elkartasun-sareez, agentzia politikoaz, herritarren parte-hartzeaz eta hurbileko antolaketaz ere.

Komunitateetan jarri nahi dugu arreta, baina ezin dugu ukatu gatazka eta bidegabekeriek gurutzaturiko errealitateak ere badirela. Ezin gara komunitatearen erromantizazioan erori, jakin baitakigu gure jendarte eredu bidegabekoa egituratzen duten gertakari ororen lehenbiziko lekuko eta erreproduktzioarako eremu direla, hots, komunitatean segregazioa, desberdinkeria, bereizkeria edota indarkeria aurkitzen ditugula. Komunitateak inperfektuak eta gatazkatsuak dira, bai, eta kontraesanek eta botere-harremanek zeharkatzen dituzte. Hori aitortuta soilik egin diezaiokegu aurre komunitateak ezagarritzen dituzten egiturazko bidegabekeria horiei guztiei.

Nolanahi ere, uste dugu komunitatean egotea, harremanetan, sareetan eta sistema komunitarioetan parte-hartzea, pertsonen bizi-kaliterako eta ongizaterako ezinbeste-

koa dela; ezinbestean sortu behar ditugula elkar babestu eta garatu gaitzkeen ingurune konkretuak; harrera-gunea, konfiantza, zaintza eta babesa eskaintzen diguten biziguneak; eta intzidentzia politikorako ezinbesteko direnak.

Ez dugu komunitate idealetan sinisten. Horregatik ez da izango bakarra eta sendoa, ez dira izango gatazka edo botere harremanik gabeak. Izango dira aldakorak, askotarikoak, hauskorak, etengabeko eratze-prozesuan egongo direnak. Kudeatzeko zailtasun ugari ekarriko dizkigutenak, nola bestela; baina, hala eta guztiz ere, denontzat desiragarriak izan daitezkeen bizitzak sortzen lagunduko digutenak. Horretarako, oinarritzko premisa izango da zaurgarritasuna gure halabeharrezko kondizio gisa ulertzea eta hortik abiatzea.

Komunitatearen papera zaintza-erregimenaren demokratizazioan

Komunitatean erroturiko zaintza-sistema bat eraikitzea edo, beste era batera esanda, zaintzen duten komunitateak garatzea ez da erronka makala azaldu testuinguruan. Komunitateak, ikusgarritasun gutxi badu ere, egungo zaintza sisteman betetzen duen papera ukaezina da. Bereziki, intentsitate baxuko zaintza premiak daudenean, ingurune sozial-erlazionalean dauden beharrezko erantzuteko eremu nagusia da eta mendekotasun edo bazterkeria egoerak prebenitzeko funtzioa betetzen du, nahiz eta aitortzen ez den^[4].

Batetik, komunitateak sekulako gaitasuna du herrikideen zaurgarritasun edo babesgabetasun egoerak hautemateko. Gertuko

eguneroko harremanek ahalbidetzen digute pertsonen egoeran edo ohituretan aldaketarik bada horiez jabetzea. Hautemate goiztiarrak eragin dezake egoerak okerrera ez egitea edo ez kronifikatzea, eta sistema publikotik eskainiko den babes edo esku-hartzea aurretiaz planteatu ahal izatea. Hala, komunitatea zaintza-sistema publikoaren lehenbiziko sarea da. Gure ustez. Bestetik, komunitateak berebiziko funtzioa du beharri-
zan emozionalen sostenguan. Egunerokoan garatzen diren harreman sozialek garrantzia handiko babes eta akonpainamendu afektibo eta psikologikoa eskaintzen digute.

Hortaz, nahiz eta sarri ez dagoen aitortuta, komunitateek berebiziko papera dute zaintza-sisteman; are gehiago, beste eragileek ordezkak ezin dituzten premiazko funtzioak betetzen dituzte. Merkatu-logikatik edo logika instituzionaletik asebetetzea zailak liratekeen zaintzak erreproduzitzen dira komunitatean, egunerokotasunean eta elkarrekikotasunean. Hain zuzen ere, bada nola baimetzeko zaintzak, lotura eta babesak, soilik komunitatean eman eta jaso daitezkeenak eta instituzioetatik edo merkatutik ordezkatu ezingo direnak. Adibidez, kalean gaudenean eta bizilagun batek agurtzen gaituenean, pertsona bezala aitortuak gara, elkarriketa baterako aukera sortzen da eta gure ongizatean oinarritzea den hartumana garatzen da. Hala, gaur-gaurkoz, komunitateak, eragile gisa, bere eremu propioa du zaintza-sisteman. Esparru publikoak zein komunitarioak zaintzen hornikuntzan betetzen dituzten funtzioak osagarriak dira, eta ez dira, inolaz ere, ordezkagarriak; ez dago esfera bakoitzak egiten dituen ekarpenen artean baliokide funtzionalik.

Baina urrunago joan nahi dugu, eta komunitatea zaintza-sisteman beste eragile bat izatetik harago, komunitatean erroturiko zaintza-sistema erdiestearen aldeko gara. Komunitateak zaintzen antolaketan erabateko erabakimena izan behar du. Tokiko gobernantza ereduetatik abiatuz, sektore publikoa hedatzeko eta demokratizatzeko eremua direla ulertzen dugu.

Horregatik, zaintza-sistema publiko-komunitarioak, zuzenean du lotura gobernantza-ereduarekin eta intzidentzia politikoarekin: horra hor bigarren erroka.

Komunitarioa, ezinbestean publikoarekin

Zaintza-sistemak publikoa izan behar du nahitaez, horrela soilik bermatuko delako zaintza-eskubidea unibertuala izatea, eta gure lurraldean zein herritar ororen bizitzan sustraituta egotea. Hori nahitaezkoa da egin nahi dugun aldaketan, Elkarren mendekotasuna, eta gure bizitza guztian zehar zaintza-beharrak ondo barneratu, eta zein lege, arau eta nolako antolaketa administratiboak behar ditugun eztabaidatu behar dugu. Baina trantsizio horretan (jakitun gara horrek eztabaida publiko zabal eta luzea eskatzen duela, eta orotariko egiturazko aldaketak), gaur egun publikoaz, eta gobernatzeko formaz ere hausnartzea ezinbestekoa zaigu.

Gaur egungo eremu publikoa aldatzeko erabaki irmoaz ari gara, bai barne antolaketan, baita herritarrekiko garatzen dituen harremanetan ere. Besteak beste, herritarren aitortzan, aniztasunaren kudeaketan, prozeduretan, erritmoetan, eskaintzen diren parte-hartzeko prozesu eta guneetan zein

denboretan eraldaketak eskatzen ditu. Administrazio publikoak, demokratizatze, komunitateek politika burujabeak martxan jartzeko baliabideak eskaini beharko lituzke, horretarako berme izan beharko luke.

Eztabaida politiko eta sozial zintzoa eta gardena eskatzen dute zaintza antolaketa eraberritzeko prozesuek. Zer den zaintza, ongi zaintzeaz zer ulertzen den, nola nahi dugun zainduak izan, nola nahi dugun zaindu elkarrekin hausnartu beharra dago, hots, zaintzen duten herrien gaineko hausnarketa zabalak izan behar dira prozesu eraldatzailen abiaburuan.

Horretarako guneak sortu behar dira, kasu batzuetan, egitura berriak sortu beharko dira eta, beste batzuetan, jada sortuta dauden egituretan zaintzen auzia txertatu beharko da. Ez dago toki guztietarako formula bakarra, baina, argi dagoena da gobernantza-ereduaz eta parte-hartze prozesuez hausnartu eta demokratizazioan sakondu behar dela zaintzen auzia eraldatu nahi bada. Gaur egun, zaintzaren fluxuetan protagonista direnak (zaintzen dutelako, edo zaintza edota laguntza premia bereziak dituztelako) lehen lerrora ekarri behar dira, eta horrek gobernatzeko beste forma batzuk esperimentatzea eskatzen du. Goitik behera diseinatutako eta artikulatutako prozesuek zaintzaren alorrean ez dute atxikimendurik ez inplikaziorik sortzen.

Alde horretatik begiratuta, ezinbestekoa da Mugimendu Feminista zabal bat mintzaide izatea eta aliantza-klabeetan zubiak eraikitzen saiatzea. Subjektu feminista bat, zeinetan bertan izan daitezkeen emakume nekazariak, pentsiodunak, zaintzaile pro-

fesionalak, sindikalista, talde feministetako ordezkariak, berdintasun kontseiluko partaideak, ahalduntze eskolak, etab.

Horrez gain, adineko pertsonak, haurrek eta gazteak ere lehen lerrora ekartzearen premiaz ohartarazi nahi dugu, askotan parte-hartze prozesuetatik kanpo gelditzen baitira. Eta ildo berean kokatu genezake bazterrean dauden subjektuengana heltzeko ardura ere (desgaitasuna dutenengana, migratu dutenengana, arrazializatuengana edota etxekoandreengana).

Komunitate antolatuan ere arreta jarri behar da: zaintzaren alorrean lanean dauden horiekin guztiekin egoteko eta zaintzaz inoiz hausnartu ez duten horiek guztiak gaian trebatu eta konpromisoak gehitzeko prozesuak behar ditugu.

Elkarlan publiko-komunitarioak, gainera, berekin dakar entitate eta Administrazio publikoen lan eta funtzionamendueredu burokratizatuak alde batera uztea, eta aldi berean, ziurgabetasun eta malgutasun handiagoarekin lan egitea. Ildo horretan, politika publikoen bidez komunitatearen parte-hartzea sustatu behar da beren-beregi, esku-hartzearen ikuspegi komunitarioa plan, programa eta proiektuetan modu esplizituan jaso, eta, aldi berean, egiturak eta parte-hartzeko bideak ireki.

Administrazio publikoak komunitatea behar du benetako aldaketak errotzeko, herritarren beharretara iristeko, gabeziak bere egiteko, bizi eta harreman sozial gogobetegarriak sortzeko. Horrez gain, intersektoriala eta interdepartamentala izango den eredu baterantz jo behar dugula esaten da, hots, herrian dauden orotariko erakundeak,

sektoreak eta udal barruan dauden departamenduak inplikaturako dituen eredu koordinatu baterantz.

Borondate politiko argia behar da zaintzak eskatzen duen moduko epe luzeko aldaketa prozesuak abiatzeko. Lidergo politikoak argia izan behar du, irekia eta lankidetzara bideratua. Horrez gain, baliabide teknikoak ere jarri behar dira, eta norabide horretan potentzial handia ikusten dugu politika sozialak (udalerrri edo mankomunitateetan Oinarrizko Gizarte Zerbitzuak) eta Berdintasunak elkarlanean sortutako prozesuei. Alta, beste sailak ere ezin dira ahaztu, eta horien inplikazioa sustatu beharko da.

Tokiko prozesuetako (beste) korapilo batzuk

Aipatu dugu Emagin Elkartean tokian tokiko prozesuetan murgilduta gabiltzala azken urteetan, eta balioan jarri nahi ditugu bertan ikasitakoak. Izan ere, horrek laguntzen digu esku artean ditugun erronkak identifikatzen, baina baita korapiloak ere. Bada-kigu zaintzen eraldaketa feministak errotiko aldaketa eskatzen duela, eta bizitzak erdigunera ekartzeko derrigor dena hankaz gora jarri behar dugula, baina bide hori ekinaren ekinez egiten dela ere badakigu eta guk epe ertainean egin behar batzuk ditugu buruan.

Ezer baino lehen, definizio eta begirada partekatua:

Hasteko, ezein eraldaketa-prozesu mar-txan jartzeko ezinbestekoa da zer landuko den definitzea, aldatu nahi dugun horreki-ko begirada partekatu bat izatea, alegia. Gaur egun, zaintzari buruz mintzatzen ga-

renean, ez dugu askotan jakiten zeri nahi diogun erreparatu. Batzuek adineko per-tsonen zaintzaz hitz egiten dute, beste batzuek *Mendekotasun Legeak* jasotzen duen arretaz. Batzuek bizitzako ziklo zehatz batzuekin edo baldintza zehatz batzuekin lotzen dituzten arren, mugimendu feministatik indar handia jartzen ari da, mendekotasun kontzeptua ez ezik, elkarren mendekotasuna erabiltzeko, eta guztiok, gure bizitza ziklo guztian zehar behar dugunaz hitz egiteko. Zaintza da lana, denbora eta esfortzua, es-pazio zein momentu zehatz batean esanahi bat edo beste hartzen duena. Pertsona ba-ten edo askoren behar fisiko, psikologiko eta emozionalak bermatzeko jarduerak biltzen ditu eta, subjektibitate karga handiko lanak dira, emozio, sentipen, afektu ala afektu-eza zein maitasun edo maitasun-ezarekin lotzen direnak. Hori gutxi ez eta planeta honetako pertsona eta izaki bizidun gehienek aurre-ra egiteko duten baldintza politiko, sozial, material eta emozionalak eskaintzeko dugun gaitasun kolektiboa ere bada zaintza.

Hala ere, definizioaz harago, zaintzari nondik begiratzen diogun adostea garrantzitsua da. Amaia P. Orozcok uda honetan *Berrian* egindako elkarrizketan aipatu zue-nez, diskurtso eraldatzaileetan lau sarbide ezberdin ikusten ditu berak, eta beharrezkoa da nondik begiraturiko diogun adostea: "(...) Batetik, munduaren ikuspegi jakin batez ari gara, biziaren iraunkortasunari lotua: merkatuak eta logika produktibistak erdigunean ez jartzeaz. Zaintza mundu horren ardatza izatea nahi genuke: elkarrekin bizitzearen gaineko ardura kolektiboa. Bigarrenik, sis-tema sozioekonomiko kapitalista heteropa-triarkalaren B aldea izendatzeko ere era-

biltzen dugu zaintza: etxekoandreek egiten dituzten lan behartuak, pribatizatuak, feminizatuak, arrazializatuak, zaintzaren etika erreakzionario baten pean... Merkatuen inguruan biratzen den munduaren *shock*-ak jasaten dituen koltxoia. Nahi ez dugun sistema. Hirugarrenik, erdigunean jarri nahi dugun zaintza dugu, gure ortzi-muga: bizia iraunarazteko ardura konpartitzea, zaurgarritasuna eta elkarrekiko mendekotasuna onartzea... Eta laugarrenik, zaintzaren sektorea dugu, mendekotasunen bat dutenen arretari lotua, eta lan eremua" (P. Orozco eta Esteban, 2024).

Hiztegi bereko diskurtsoen saltsa horretan, definizioak adostu eta zaintzarekin batera beste kontzeptu batzuk erabiltzen hasteko beharra gailentzen da, zaintzak ezin diolako guztiari erantzun, edo hala eginez gero zabaltasunean galtzeko arriskua dagoelako, behinik behin. Beraz, definizioetan bat egitea bihurtzen da tokiko mailan urratsak ematen hasteko premisa. Merezki du horrek eskatzen duen eztabaidari behar besteko denbora eskaintzea, zaintzari ematen zaion zentzua bata ala beste izan diferentea izango delako hortik eratorriko den lanketa eta helmuga bera.

Zaintza ereduaren trantsizioan, nondik hasi gaitzke?

Orokorrean, adostasun handia dago gaur egun zaintza-lanek, antolatuta dauden gisa, jendartearen beharrak asetzen ez dituela baieztatzerakoan. Gero eta gehiago gara egungo gizartearen bizi-ohituretara egokitutako eta honen beharrei erantzuteko zaintza-antolaketa berri bat behar dugula

diogun ahotsak. Batez ere, familiarizazioa eta feminizazioa gainditzea agertzen dira hor erronka gisa. Izan ere, bistakoa da: gizonak ez dira zaintza-lanetan inplikatu eta eredu familiarretik ateratzeko pedagogia eta baliabide-ekak etxeko zerbitzu pribatuak kontratatzerara eraman gaitu.

Hemengo zaintza eredu mediterraneoa izaki, familiengan uzten da zaintzeko ardura. Familiak ezin duenean, aktibatzen dira zaintza-zerbitzuak, salbuespenezkoak bailitzan eta premia intentsiboei lotuta beti. Gainera, eredu familiarista sexuen araberrako lan-banaketan oinarritzen da, eta horrek bidegabekeria ugari sortzen ditu gizon eta emakumezkoen artean, lehendabizikoak egoera pribilegiatuan kokatuz zaintza-ardura eta -lanei dagokienez. Baina gurea sistema familiarista izateak ez du esan nahi bakarrik familiek eusten diotenik sortzen diren premiei, konplexua eta dinamikoa baita pertsona baten zaintzan dauden eragileek sarea.

Familiak dira, eta bereziki, bertako emakumeak, egungo zaintza-erregimenean dagoen aliantza tekniko, administratibo eta politiko-ezaren zuloa estaltzen ari direnak, "azken hornitzaileak" bailiran (Allon, 2014). Esan nahi da, familiak direla pertsona baten zainketan inplikaturako zerbitzu, baliabide eta pertsonen arteko lotura egiten dutenak. Familietan ari gara eskumenen departamentalizazioak eta zerbitzuen atomizazioak sortzen dituen kalteak pairatzen. Izan ere, Gizarte Zerbitzuek, salbuespenezko izae-ra dute: familiek huts egiten dutenerako emergentziazko dispositiboak dira. Egungo zaintza-erregimenean jakintzat ematen da

familiak (emakumezkoek) erantzungo diotela sortzen diren zaintza-beharrei eta, sistema horrek huts egiten duenean, sartzen dira Zerbitzu Publikoak jokoan, ez aurretik. Ikuspegi kamutsez egiten dute gainera: asistentzia beharra salbuespen gisa tratatuz, mendekotasun-kasuak soilik artatuz, baliabide homogeneoak eskainiz, pertsonaren ingurunea kontuan izan gabe arituz, etab.

Gauzak horrela, galdera argia da: zenbat denbora iraun dezakegu horrela?, edo hobeto esanda: zenbat denbora iraun nahi dugu horrela? Gaude, epe laburrean eman behar dela aldaketa handia eta horrek, besteak beste, zaintza eremuan erreferentzia nagusia diren Oinarritzko Gizarte Zerbitzuen eraldaketa eskatzen duela.

Esku pribatua bai?

Argi eta garbi, desadostasun gehien sortzen dituen eztabaida da zaintza-sistema berrian entitate pribatuak izan behar duen parte-hartzearena. Batzuek esku pribatua zaintza-sistematik kanpo kokatu behar dela defendatzen duten artean, beste batzuek, alor pribatuaren parte-hartzea onartzen dute, eremu honetan ditugun erronkei erantzuteko bere gaitasunak behar ditugula argudiatuz. Gure ustez, eremu honetan ere marra argia da irabazi asmoko logikan aritzen diren entitate pribatuak ez izatea zaintza-sistemaren parte, eta zentzu horretan bat egiten dugu Mugimendu Feministaren aldarriarekin: zaintzak ezin dira aberasteko iturri izan. Edo bestela esateko, Administrazio publikoak zerbitzuak eskaintzeko beharrari ezin dio diru mozkina bilatzen duten enpresek bidez aurre egin. Nahiz eta gaur egun

zerbitzu askoren eskaintza sektore pribatuaren gaitasunaren mende egon, publikazio trantsiziorako bideak arakatu behar ditugu.

Horregatik, garrantzitsua da tokiko garapen-planekin lotuta pentsatzea zaintzak eraldatzeko prozesuak, eta ekonomia sozial eraldatzailearen gakoetan lan egingo duten entitateen parte-hartzea sustatzea. Hona hemen trantsizio horretan tokian-tokiko eraldaketa prozesuetan lagungarri zaizkigun ekimen batzuk:

- Kooperatiben logikatik lan egiten duten entitateak sustatu behar dira zaintzaren eremuan. Izan ere, momentu honetan irabazi asmoko enpresa pribatuak dira nagusi eta badakigu horien aberastasuna langile zein erabiltzaileen miseriaren truke dela. Azken urteetan urrats garrantzitsu batzuk eman dira zaintzaileen indarra kolektibizatzen, eta ildo horretan sakontzen jarraitu behar da, formula honek zaintzaileen ahotsa eta aldarrikapenak mahai gainean jartzeko aukera ematen duelako eta lan baldintzak beste era batera artikulatzen laguntzen duelako.
- Kontrol eta neurri sozialak gehitu. Tokian tokiko erakundeek arreta berezia jarri behar dute kontratazio pleguetan, berdintasun zein klausula sozialak barne bildu ditzaten, prezioa ez dadin izan baldintza ia bakarra aukeraketan, eta Administrazio publikoaren kontrola agerikoagoa izan dadin horien bermean.
- Ekonomia sozial eta eraldatzailean sakondu. Tokian tokiko Administra-

zioek kontratazioetan egin beharreko aldaketarekin batera, ezinbestekoa da ekonomia sozial eta eraldatzailan jarduten duten proiektuak ere zaintzaren alorrari begiratzen hasia. Izan ere, alferrik arituko ginateke halako proiektuei bidea zabaltzen, bidea urratuko duen inor ez badago gero.

- Publikazioa sustatu behar da. Zaintza eskubide soziala den heinean, bermatzeko bitartekoak jarri behar ditu Administrazio publikoak, ezin da esan, dirurik ez dagoela oinarritzeko eskubide bat bermatzeko. Hortaz, zerbitzuak publikatzeko aferari heldu behar zaio. Inbertsio publiko handia da, baina gastu sozial hori ez badago, ikusezinak diren eremuetatik ordaintzen ari denaren seinale da, ordainketa partekatua (unibertsalizazioa oztopatzen

duena), eta langileen lan baldintza kaxkarretan oinarrituta. Politika fiskalean eta herrietako zergetan pentsatzea dagokigu.

Zaintzak ardazten duen gizarte-antolaketa berri bat eraikitzeke errotiko aldaketak behar dira; hots, bizitzaren eta kapitalaren arteko gatazka gainditzeak orotariko eremuetan aldaketak egitea eskatzen digu. Feminismotik zaintza-sistema publiko komunitario bat eraikitzeke, argi dugu sistemari *hordago* zuzena egin behar zaiola. Gu txikitik ari gara, sinistuta, udalerrietan egiten ditugun aldaketa horiek beste maila handiagoan eman behar ditugunak identifikatzen eta trantsizio feministan aurrera urratsak ematen laguntzen dutela. Batzuk ekarri ditugu artikulura, jakinda beste asko aipatu gabe utzi ditugula. Aspaldian abiatu dugun eztabaida sozialean hazi bat gehiago jartzeari izan da gure asmoa, gure inguru hurbi-aldatzen jarraitzeke ale batzuk.

BIBLIOGRAFIA

Allon, F. (2014). "The feminization of Finance: Gender, Labour and the limits of inclusion". *Australian Feminist Studies*. 29 (79): 12-30.

Epelde, E., Aranguren, M., Retolaza, I (2015). *Gure genealogia feministak. Euskal Herriko Mugimendu Feministaren kronika bat*. Andoain: Emagin Elkarte.

Esteban, M. L. (2017). "Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología". *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, (22 (2)), 33-48.

P. Orozco, A.; Esteban M.L. (2024). "Zaintzarako eskubidea, hitzetan eta haragitan", *Berria*, 2024-07.24.

Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options*. Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).



PROFESIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

KARMELE ACEDO

Estrategia de Empleo 2030

La *Estrategia de empleo 2030. Un pacto por un empleo de calidad e inclusivo que contribuya al desarrollo económico y social de Euskadi* es el marco en el que nace el proyecto ZainLab iniciado en 2021, y finalizado en 2023, para apoyar el despliegue de esta estrategia en uno de los ámbitos de oportunidad identificados: *la Economía de los Cuidados y la Longevidad (ECL)*. ZainLab ha sido promovido por el Departamento de Trabajo y Empleo de Gobierno Vasco, y gestionado por Grupo Servicios Sociales Integrados.

El proyecto se ha desarrollado en dos etapas: ZainLab I y ZainLab II, que ya concluidas, dan paso, en la actualidad a Zainlab Hub, cuyo objetivo es compartir todo el conocimiento y la experimentación acumulada en estos años y propiciar un avance en lo que hemos identificado como *Cadena de valor de las actividades profesionales y los empleos en la ECL*.

A lo largo de los tres años de trabajo, el proyecto ZainLab ha recorrido un camino desde el análisis de datos, la reflexión y la elaboración de propuestas (ZainLab) hasta la materialización de algunas de las mismas (ZainLab II). La metodología seguida ha aplicado un enfoque de proceso de trabajo conformado por las etapas de estudio-contraste-escucha-diálogo con los agentes públicos y privados concernidos en el empleo y la profesionalización (entendida en términos de cualificación) de los empleos asociados directamente con el cuidado de las personas que resultó ser muy fructífero.

ZainLab I finalizó con la elaboración de una propuesta de intervención en el empleo, sustentada en cuatro focos de intervención:

- Profesionalizar la actividad del cuidado, poniendo el foco en los empleos de atención directa en domicilio que se prestan de manera particular¹, en forma de empleo doméstico o trabajo de hogar, con el objetivo de mejorar el desempeño y dignificar su trabajo, así como a proporcionar una oferta de formación continua que garantice el reciclaje permanente de estas personas.

- Identificar y desarrollar competencias avanzadas, especializadas y estratégicas para poder ser adquiridas y fortalecidas en procesos de silverización, *upskilling* y/o *reskilling* (recualificación).
- Experimentar desplegando nuevos roles /perfiles profesionales en el marco de proyectos piloto ligados con el cuidado de personas mayores en situación de fragilidad y con la activación de la comunidad como espacio para el cuidado, así como otros identificados en los espacios de diálogo y escucha abiertos dentro de ZainLab.
- Impulsar el emprendimiento, preferentemente social, en la ECL.

Profesionalización de la actividad del cuidado

El sector de los cuidados está claramente dicotomizado entre la actividad derivada de la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, y por otra parte los servicios privados que son contratados directamente por personas particulares o a través de empresas prestadoras de servicios. Mientras la primera actividad está sujeta a concurso público y, por tanto, regulada desde pliegos de condiciones, la segunda se arbitra desde un modelo mercantil de oferta y demanda. El Servicio de Ayuda a Domicilio recoge en sus bases contractuales la exigencia de un plan de formación que garantice la capacitación y el reciclaje permanente de las personas que trabajan como auxiliares de ayuda a domicilio, así como la de los equipos de coordinación, apoyo técnico y dirección, más allá de que requiere que acrediten la cualificación profesional correspondiente. También se exige cualificación profesional en la prestación la Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP), tal y como se recoge en los correspondientes decretos forales que regulan el acceso a dicha prestación. Se observa, sin embargo, una falta de capacitación en estas personas profesionales que prestan cuidados en domicilios a particulares, que repercute negativamente tanto en las personas a las que atienden como en ellas mismas.

Calcular cuánto del empleo doméstico registrado corresponde a cuidado de personas mayores, no es posible hacerlo más que de forma orientativa, ya que el epígrafe que recoge su alta laboral no diferencia si incluye labores de cuidado o si se circunscribe a labores de limpieza y menajería.

En 2020, según la EPA, había en Euskadi un total de 22.825 personas trabajando como empleados domésticos. Se calcula que aproximadamente $1/3^2$, de estas personas en torno a 7.500 personas, podrían estar realizando principalmente labores de cuidados. Profesionalizar estos cuidados, a través de la obtención del *Certificado de Profesionalidad –CP–* y de la actualización de conocimientos –formación permanente–, permitiría mejorar la calidad de la atención a las y los mayores, dignificar los cuidados y mejorar las condiciones laborales.

Profesionalizar no se correspondería necesariamente con generación de nuevos puestos de trabajo, dado que en la actualidad estas personas ya están ocupadas como “empleados domésticos”, pero entrarían a formar parte de los epígrafes ocupacionales de personas trabajadoras de los cuidados a las personas.

Para este foco de intervención se plantaron dos objetivos

Mejorar la cualificación de las personas cuidadoras de servicios particulares. Ampliando el proyecto MENTSAD (*Mentoring* en el Servicio de Ayuda a Domicilio), desarrollado por el Grupo SSI y con muy buenos resultados en el municipio de Bilbao.

Diseñar un sistema de formación continua para personas cuidadoras de servicios a particulares. Las personas profesionales contratadas por la persona mayor, o su familia, apoyadas en la prestación PEAP, que ya disponen de la cualificación profesional, eran el grupo de personas diana. Se trataba de avanzar, a lo largo de 2022 y 2023, en la formación continua para estas personas profesionales.

Mejorar la cualificación de las personas cuidadoras de servicios a particulares: MENTSAD

MENTSAD es un producto formativo diseñado para dar respuesta a la problemática que tienen las personas trabajadoras de cuidados domiciliarios a particulares, para obtener el *Certificado de Profesionalidad de Atención sociosanitaria a personas en el domicilio*.

Según la normativa vigente, es la titulación mínima necesaria para trabajar en el marco del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), y para garantizar la calidad de los cuidados que se prestan a personas en situación de dependencia, mayoritariamente mayores.

Para poder obtener el *Certificado de Profesionalidad* hay dos vías (la vía “formal” y la “no formal”), pero estas personas trabajadoras encuentran grandes trabas en ambas. Para la vía formal (formación reglada de 480 horas teóricas y 120 prácticas), no tienen tiempo para cursar la formación presencialmente, entre semana, en horario de mañana o tarde. Y para la modalidad de teleformación, muchas no disponen de capacidades digitales, más allá de la telefonía móvil, y/o no tienen acceso a Internet. Además, hay quienes no cumplen requisitos de acceso, y quienes se encuentran en desempleo e inician la formación, pero la abandonan al conseguir un nuevo trabajo, debido a la necesidad de trabajar.

Para la vía no formal y experiencia laboral (Procedimientos de Evaluación y Acreditación de Competencias Profesionales del IVAF, en adelante PEAC), válidos para personas con una experiencia profesional y/o una formación no oficial relacionada con un mínimo de horas concreto), carecen de conocimientos profesionales y terminología técnica para el cuidado, que les permitan demostrar, sin ayuda, las competencias. Y en algunos casos, la falta de experiencia profesional acreditable, al haberse encontrado dentro de la economía sumergida, hace que no cumplan con los requisitos de acceso. También se detecta que, sin apoyo, encuentran dificultades para realizar las gestiones necesarias para su participación (preparación de documentación, inscripciones, etc.).

Metodología mixta

MENTSAD es una propuesta formativa, diseñada por el Área de Gestión del Conocimiento de Grupo SSI, e impulsada inicialmente por el Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad de la Diputación Foral de Bizkaia (año 2017), que se basa en una metodología pedagógica innovadora que combina la modalidad de autoformación y de capacitación grupal presencial, y garantiza la realización del mismo número de horas que contempla cada unidad formativa en las formaciones regladas. persigue la impartición del *Certificado de Profesionalidad* en su totalidad horaria.

La autoformación supone un total de entre 388 horas. A partir de dicha maleta pedagógica diseñada con diferentes recursos de aprendizaje, en formato papel, cada persona trabaja de forma individual los contenidos fijados cada semana, y relacionados con las competencias del *Certificado de Profesionalidad de Atención sociosanitaria a personas en el domicilio*, en el momento y lugar que desea. Entre los recursos de aprendizaje:

- Manuales de cada una de las unidades formativas que integran el *Certificado de Profesionalidad de Atención sociosanitaria a personas en el domicilio*.
- Fichas semanales de autoformación (tipo test, relacionar, crucigramas, sopas de letras, vídeos, etc.) sobre los contenidos a trabajar individualmente cada semana.
- Trabajo final, en relación a las realizaciones profesionales vinculadas a la Cualificación Profesional de referencia del *Certificado de Profesionalidad*.

La capacitación grupal supone un total de 92 horas presenciales en aula, divididas en 23 sesiones, de 4 horas de duración, los sábados por la tarde. Se resuelven dudas, se refuerzan los contenidos, se ensayan competencias prácticas y se evalúan los conocimientos adquiridos a lo largo de la semana con la autoformación.

Además, se favorece la comunicación informal entre las personas participantes, y entre éstas y la persona técnica de formación, a lo largo de la semana, a través de WhatsApp. De esta forma, se promueve la socialización, la resolución de dudas, el recordatorio de tareas, el envío de vídeos relacionados con las fichas de autoformación, etc.

También se presta un servicio de orientación y acompañamiento, grupal e individual, para la inscripción y paso por el PEAC del IVAF, donde van a obtener el *Certificado de Profesionalidad*.

Hasta la fecha, se han desarrollado un total de 12.960 horas formativas, en 27 grupos de MENTSAD, en los tres Territorios Históricos, con 516 personas participantes, con un éxito en la obtención del *Certificado de Profesionalidad* del 95% (en algunos grupos del 100%), ahora que la Convocatoria para el PEAC está abierta durante todo el año (con anterioridad el porcentaje era de más del 80%).

Lecciones aprendidas

Como resultado, se ha identificado que las personas destinatarias de MENTSAD, personas cuidadoras en domicilios a particulares y de origen extranjero casi en el 100% de los casos:

Precisan de un refuerzo de orientación y asesoramiento para incorporarse a los circuitos formales de reclutamiento de personal para el cuidado.

Necesitan adquirir competencias en interculturalidad para mejorar el desempeño de las tareas de cuidado y evitar los habituales “choques culturales” que se producen.

Actualmente están siendo pilotados dos servicios de orientación para los cuidados, en Bizkaia y Araba, que buscan mejorar empleabilidad, la inserción y la calidad de la atención en el ámbito de los cuidados de larga duración, máxime en un momento en el que los cuidados están en plena transformación y sus personas profesionales tienen como reto nuevas formas de hacer y nuevos roles.

La orientación se presta a través de acciones individuales (en su mayoría) y grupales (en ocasiones), y fundamentalmente en encuentros a distancia (utilizando diversos medios previamente acordados con cada persona, como llamadas telefónicas, video llamadas, correo electrónico, etc. para facilitar el acceso al servicio a personas con escasa o nula disponibilidad para encuentros presenciales), aunque también presencialmente, si es viable para la persona.

En relación a las competencias en interculturalidad, se ha diseñado una acción formativa, denominada *La competencia intercultural de las personas cuidadoras profesionales*, de 20 horas, que plantea como objetivo general “favorecer el desarrollo de los cuidados profesionales en contextos de diversidad cultural”, y que se prevé que se incluya como especialidad formativa de Lanbide-Servicio Vasco de Empleo.

Para favorecer su despliegue, a través de los centros formativos de los tres Territorios Históricos, se ha diseñado otra formación, de 12 horas, *Docencia para la competencia intercultural en las personas cuidadoras profesionales*, para capacitar a personal docente de dichos Centros formativos para la impartición de la formación anterior mencionada.

Ambas serán próximamente pilotadas.

Diseñar un sistema de formación continua para personas cuidadoras de servicios a particulares

La obtención de la cualificación profesional a partir de los certificados de profesionalidad o de otras titulaciones y certificados equivalentes es algo indispensable para la profesionalización de la actividad del cuidado. Sin embargo, es sólo el primer paso ya que la situación actual y las tendencias hacen plantearse cambios en cuanto a las competencias de las personas cuidadoras profesionales, incluidas las de quienes prestan cuidados de forma particular, por lo que se hace necesario diseñar un sistema de formación continua que supla esta carencia.

Además, hay que tener en cuenta que existe un colectivo de personas que trabajan en los cuidados sin formación específica pero que lo pueden hacer al amparo de las habilitaciones excepcionales.

Desde ZainLab, se ha trabajado para posibilitar que estas personas que prestan cuidados en domicilios a particulares, adquieran las competencias necesarias para dar respuesta a la

situación actual y a las tendencias, que el *Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitarias a personas en el domicilio*, deja sin cubrir de manera parcial o total.

En concreto, por un lado, se ha diseñado un plan de formación continua y un plan metodológico para el mismo, que tiene en cuenta las características y particularidades de estas y estos profesionales.

Por otro lado, para favorecer que puedan adquirir la misma capacitación que otras personas profesionales del cuidado (con la igualdad de acceso a especialidades formativas, sin que se haya de reducir su duración, calidad, etc.), cuando se trata de acciones formativas que requieren una larga duración de horas, se ha llevado a cabo el diseño metodológico con la metodología empleada en el diseño de MENTSAD (metodología mixta de autoformación y capacitación grupal presencial) de 3 especialidades formativas recogidas en el Catálogo de Especialidades del SEPE, complementarias al *Certificado de Profesionalidad*. Son las siguientes:

- SSCG03 de *Atención integrada en los cuidados profesionales a la persona con enfermedad crónica* (90 horas).
- SSCG15 de *Atención y apoyo en el cuidado de la etapa final de la vida en domicilios e instituciones* (90 horas).
- SSCG21 *Estrategias de autocuidado para la persona cuidadora profesional* (80 horas).

En este caso, la parte de autoformación supone un total de entre 60-70 horas (según la especialidad formativa que se curse) y la maleta pedagógica incluye los manuales de cada módulo formativo y las fichas semanales de autoformación, pero ningún trabajo final.

La capacitación grupal presencial, supone un total de 20 horas por especialidad formativa, divididas en 5 sesiones, de 4 horas de duración, los sábados a la tarde.

Hasta la fecha, se han desarrollado un total de 1.130 horas formativas, en 9 grupos de Formación continua, en Bizkaia, con 127 personas participantes.

Los dos objetivos enunciados, y otros nuevos formulados para seguir avanzando en el reto de la profesionalización, forman parte de las tareas que tiene por delante la Comunidad ZAINPREST (espacio de encuentro de agentes públicos y privados, y personas expertas, provenientes de diferentes ámbitos de actividad). Esta comunidad junto con otra, ZAINTALENT, están desplegadas desde mes de marzo de 2024, y avanzan en el desarrollo y la promoción de la economía de los cuidados y la longevidad a través del diseño, la experimentación e implementación de acciones innovadoras desde la perspectiva del empleo y la capacitación.

NOTAS

¹ Quedan fuera los empleos sujetos a un servicio público, ya se preste éste de manera directa o de manera indirecta por una empresa seleccionada a través de un concurso público.

² Es un dato que aparece mencionado en numerosos estudios de empleo en el sector, pero de fuente desconocida.

SERVICIOS SOCIALES DE CUIDADOS VITORIA-GASTEIZ

BONI CANTERO SEVILLA

1. Introducción

1.1. Contexto. Vitoria-Gasteiz

Vitoria-Gasteiz es una ciudad de tamaño medio con una población de 260.173 personas (padrón, junio 2024). Desde el año 2021, Vitoria-Gasteiz gana año a año más población, y este impulso proviene principalmente en su mayoría de personas de origen extranjero.

En el primer trimestre de 2024, el número de nacimientos en Euskadi se incrementó en el 0,5% respecto al mismo período del año anterior (según datos elaborados por EUSTAT), y, en concreto en Álava, el incremento es de un 2,2%. En este sentido, la proporción de madres de nacionalidad extranjera en Álava alcanzó el 44,2%.

Por otro lado, el 22,7% de la población de Vitoria-Gasteiz tiene 65 o más años (59.295 personas), y de ellas un 3,7% tiene más de 85. Según las proyecciones EUSTAT para el año 2035, la población de la ciudad crecerá un 6,25%; el porcentaje de población con 65 o más años será del 28% y, el de población con 85 o más años del 5,5%. En ese momento, la esperanza de vida al nacer seguirá en aumento, siendo de 84,7 años en los hombres y de 89,5 en las mujeres.

En nuestra ciudad, el Departamento de Políticas Sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz es el responsable del desarrollo de los servicios sociales municipales y cuenta con servicios generalistas: Servicios Sociales de Base y Servicio Social de Urgencias Sociales; y servicios específicos como son el Servicio de Infancia y Familia, el Servicio de Personas Mayores y el Servicio de Inclusión Social, además del Servicio Administrativo y la Unidad Técnica de Dirección. El Departamento cuenta con más de 550 profesionales municipales y más de 1.200 profesionales en contratos de prestación de servicios. El presupuesto del Departamento para el año 2024 gira entorno a 84 millones de euros.

En este contexto, en el año 2022, pasados dos años desde el confinamiento y con varias lecciones de vida aprendidas, el equipo de dirección del Departamento reflexiona con la cola-

boración del consultor externo Fernando Fantova sobre el futuro de los servicios sociales municipales con un objetivo claro de reposicionarnos como servicios sociales de cuidados. Fruto de esta reflexión se elabora una propuesta de futuro plasmada en el documento *Vitoria-Gasteiz: construir unos servicios sociales para que todas las personas puedan dar y recibir en su comunidad los cuidados cotidianos necesarios y deseados (enero 2023)*¹. Esta reflexión y su propuesta han servido, a partir de inquietudes sentidas y detectadas, para impulsar un diálogo movilizador y unas prácticas transformadoras. Y siendo conscientes de que no existe un modelo acabado ni una hoja de ruta cerrada, hemos trabajado con dos objetivos:

- Reflexionar sobre los servicios sociales municipales como servicios sociales de cuidados: en qué medida los actuales lo son y cómo se quiere que lo sean.
- Identificar e iniciar, en su caso, actuaciones que puedan representar un mayor giro hacia unos servicios sociales de cuidados.

1.2. Servicios sociales municipales

Los servicios sociales llevan años en proceso de reposicionarse para consolidarse como un pilar básico del estado de bienestar, compartiendo con el resto de sistemas sectoriales (garantía de ingresos, empleo, vivienda, sanidad y educación) la misión de procurar la inclusión de toda la población, proveyendo servicios a la ciudadanía en condición de equidad, para garantizar el cumplimiento de sus derechos sociales, cada uno en su ámbito de actuación y con un alcance universal.

Específicamente, los servicios sociales pretenden configurar su ámbito sectorial con la interacción como objeto propio, orientándose a garantizar la capacidad de agencia de las personas, protegiendo y promoviendo su autonomía funcional y su integración relacional. De este modo, los servicios sociales nos enfocamos a ofrecer a las personas con dificultades para desenvolverse con autonomía en su vida cotidiana, servicios y prestaciones que les permitan cuidarse y cuidar a otras personas, y, también, a ofrecer acompañamiento para facilitar que las personas puedan relacionarse a nivel familiar y social, así como participar en sus respectivas comunidades. Apoyos, servicios y prestaciones de derecho subjetivo para la ciudadanía, que las instituciones tienen la responsabilidad y el deber de garantizar.

Para ser capaces de dar respuesta a esta exigencia con garantías ante una ciudadanía cada vez más consciente de sus derechos, los servicios sociales debemos acometer un cambio de paradigma, una transformación cultural profunda y una adaptación de nuestros procesos y metodologías de atención.

La necesidad de una nueva conceptualización se impone, ya que, a pesar de que la conciencia social y política de la importancia de los servicios sociales es generalizada, conviven maneras muy diferentes de entenderlos y, en ocasiones, persiste una imagen social distorsionada y negativa de los mismos, que juega en contra de su aspiración de universalidad. De

este modo, tratamos de alejarnos de un modelo asistencialista, discrecional y vinculado a la caridad, para avanzar hacia un modelo de servicios sociales moderno, garantista, comunitario y centrado en la persona. Un modelo de servicios sociales construido desde la proximidad, enraizado en el entorno habitual de las personas. Un modelo de atención personalizada, promotora del empoderamiento y la participación, con garantías de coherencia y continuidad en los itinerarios de atención, a través del acompañamiento por parte de profesionales referentes y de intervenciones interdisciplinares e integrales (Buesa y Cantero, 2022).

Así mismo, tratamos de trasladar una mirada normalizadora hacia la vulnerabilidad, entendiéndola como una contingencia a la que todas las personas a lo largo del ciclo vital pueden verse expuestas, y reivindicamos nuestro papel como sistema universal, al mismo nivel que los sistemas de salud, empleo, educación, vivienda y garantía de ingresos, aspirando a constituirnos como servicios cercanos, accesibles y referentes para toda la ciudadanía.

Apuntalar este modelo exige la revisión y adaptación de las metodologías clásicas de intervención en servicios sociales. Profundizar en la función de acompañamiento y en la dimensión relacional del trabajo social, adoptando un nuevo rol profesional, más facilitador que experto, que permita a las personas atendidas gobernar sus propios procesos; y que se adapte a sus ritmos y sea respetuoso con sus decisiones. Desarrollar la intervención social con apertura a la comunidad, poniendo el foco en la construcción de tejido social, trabajando en red, de forma transversal y coordinada con otros sistemas de protección e integrando esfuerzos con los distintos agentes sociales e institucionales. Todo ello con el objetivo de crear comunidades solidarias, cohesionadas e inclusivas, en las que las personas, las familias y los grupos puedan adquirir capacidades para su autonomía.

La acción pública de las instituciones, mediante la provisión de servicios y prestaciones de derecho, debe necesariamente complementarse con la acción solidaria, de apoyo y acompañamiento que proviene del ámbito familiar, asociativo y vecinal. Y es que hay vínculos y apoyos que sólo pueden producirse en el seno de las relaciones comunitarias primarias o naturales, que suponen un acompañamiento y un soporte insustituibles en muchos momentos de la vida y que sólo, excepcionalmente, y cuando no hay más remedio pueden ser asumidos por las instituciones.

Los servicios sociales deben contribuir a construir lazos relacionales y vínculos comunitarios, generar redes de acompañamiento y apoyo mutuo, como forma de aproximarse al bienestar compartido y de favorecer la cohesión social. Se trata, en definitiva, de proveer cuidados y acompañamiento a las personas, desde la generación de relaciones significativas y la promoción de la participación activa. Atender a las personas para capacitarlas, para que puedan llevar a cabo un proyecto de vida buena en una sociedad justa, que ha de garantizar la igualdad de oportunidades. Lo justo es dar a cada persona lo suyo, pero ¿quién es cada uno/a? ¿Qué es lo suyo? Junto con la justicia, el modelo de organización requiere responsabilidad y solidaridad.

Paralelamente, la apuesta por un nuevo modelo de entender la intervención social exige una práctica profesional basada en el conocimiento científico, de manera que podamos mejorar nuestro desempeño, más allá de la gestión de los recursos (Berasaluze y Ovejas, 2022). Este planteamiento, señalan las autoras, requiere articular dos ejes estratégicos necesariamente interconectados entre sí: la generación de conocimientos y su transferencia.

El Sistema Vasco de Servicios Sociales, se consolida como nuevo pilar del estado de bienestar con la *Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales*, cuyo acceso se reconoce como un derecho subjetivo y cuyo objeto es favorecer la integración social con la mayor autonomía posible. Sin embargo, a pesar de que estamos viviendo un incremento de las necesidades sociales, todavía hoy hay personas que no se reconocen como sujetos de los servicios sociales, por eso, más que nunca tenemos que recuperar la confianza.

Constatamos un aumento de la aporofobia, la gerontofobia, y otros tipos de discriminación que suponen un verdadero atentado contra la dignidad de las personas más vulnerables y que debilitan la necesaria cohesión social. La ciudadanía nos está demandando recuperar lo esencial, incorporar los valores éticos que respeten la dignidad, la autonomía y los derechos de las personas. Actuamos sobre aspectos fundamentales para el vivir propiamente humano, como son la intimidad, la corporalidad, la seguridad emocional, la interacción, y tantos otros que configuran una vida de calidad. Que dichas actuaciones sean correctas desde el punto de vista técnico y ético es obligación de profesionales e instituciones, ya que de ello depende el respeto de la dignidad y derechos de la ciudadanía.

2. Los cuidados

2.1. Los cuidados cotidianos

¿A qué nos referimos cuando hablamos de “cuidados cotidianos”? A la relación mediante la cual una persona complementa y potencia la capacidad de otra persona para tomar decisiones y realizar actividades de la vida diaria en el seno de su red de relaciones primarias familiares y comunitarias.

Todas las personas en todos los momentos de nuestra vida tenemos una cierta autonomía funcional para las actividades de la vida diaria, sean básicas, instrumentales o avanzadas. Y hay que entender que esa autonomía no solo se refiere a la capacidad de realizar dichas actividades cotidianas sino también a la de tomar las decisiones correspondientes, incluyendo decisiones importantes con consecuencias a largo plazo. A la vez, todas las personas en todos los momentos de nuestra vida somos interdependientes y recibimos una cierta ayuda o apoyo para esas decisiones y actividades por parte de personas con las que mantenemos relaciones primarias de afecto y reciprocidad en la comunidad.

Las actividades y relaciones de cuidado cotidiano son esenciales para la vida y el bienestar de las personas y es crucial que tengan cualidades como, por ejemplo, disponibilidad, calidez,

continuidad, respeto a la voluntad o deseos de las personas que dan y reciben cuidados, ajuste a las capacidades y necesidades de las personas que dan y reciben cuidados, equidad de género y en general, entorno significativo o promoción de la autonomía.

Si miramos al conjunto de la población, en la mayoría de las personas, en la mayor parte de los momentos de su vida, hay un ajuste o acoplamiento suficiente entre la capacidad de la persona para valerse y cuidar de sí misma y de otras, por una parte, y, por otra, los cuidados cotidianos que le proporciona satisfactoriamente su red de relaciones primarias. Por eso los llamamos cotidianos, porque la mayoría de las personas tenemos la capacidad de dárnoslos a nosotras mismas o de darlos a nuestros seres queridos o a personas cercanas, a diferencia de otros cuidados, como, por ejemplo, los “cuidados de enfermería”, que requieren hacer una carrera universitaria.

El hecho de que estos que llamamos cuidados cotidianos, en la mayoría de los casos, pueden darse y se dan en el marco de las relaciones primarias de afecto y reciprocidad, no excluye que, en determinadas circunstancias, por diferentes razones, puedan o deban ser proporcionados de manera profesional, es decir, como relaciones secundarias en las que la persona cuidadora tiene una cualificación y remuneración. Por otra parte, el hecho de que, en nuestra cultura, el cuidado cotidiano tienda a ser considerado, en primera instancia, como un bien compartido en las relaciones familiares y comunitarias (es decir, un bien relacional), no excluye que propongamos con claridad su tratamiento, en última instancia, como un bien público, como un derecho subjetivo cuyo ejercicio universal debe ser objeto de garantía efectiva, e inversión social, por parte de los poderes públicos.

2.2. La crisis de los cuidados

De hecho, en nuestra sociedad, por diferentes razones, cada vez están más extendidas las situaciones y los períodos de la vida de más y más personas en los que no se da ese ajuste o acoplamiento del que hemos hablado. Es decir, en los que no basta con el autocuidado de cada persona y los cuidados cotidianos necesarios deseados por ella que le puede y quiere proporcionar adecuadamente su red familiar y comunitaria. Además, son notables las inequidades en materia de cuidados, y muchas personas que cuidan a otras sufren una sobrecarga con sesgos de género, de clase social y otros. Nuestro actual modelo de organización social de los cuidados cotidianos se apoya fundamentalmente en el trabajo de las mujeres y, en la parte de trabajo de cuidados remunerado, son, frecuentemente, mujeres migradas y en situación de desventaja y precariedad. El modelo de cuidados cotidianos está en crisis.

El desajuste o desacoplamiento entre autonomía funcional para las actividades de la vida diaria y cuidados y apoyos primarios adecuados disponibles ha recibido diferentes nombres o ha sido visto desde distintos ángulos en las políticas públicas: como demanda de liberación o ayuda para la crianza infantil, como problema de conciliación de la vida laboral y familiar, como vulnerabilidad o riesgo en lo que tiene que ver con la desprotección, como condición de discapacidad o dependencia (ligada o no al envejecimiento), como necesidad de respiro de

personas cuidadoras, como riesgo o situación de exclusión, como desafío para las políticas de familia, como reto para el desarrollo comunitario y así sucesivamente. Mirando a este conjunto de aproximaciones y abordajes, constatamos que ha predominado el enfoque especializado, asistencial y paliativo en detrimento del universal, comunitario y preventivo.

2.3. Por unos servicios sociales de cuidados

Pues bien, como decíamos, nuestra reflexión nos ha llevado a afirmar que el reto que nos planteamos es el de lograr que la ciudadanía de Vitoria-Gasteiz, en términos generales, llegue a sentir que los servicios sociales de su Ayuntamiento son los encargados de referencia para ayudarle a prevenir o afrontar, al menos inicialmente, esas situaciones de desajuste o desacoplamiento en materia de cuidados cotidianos. Más específicamente, queremos fortalecernos y posicionarnos como el agente o la instancia que más y mejor puede ayudar a que todas las personas de Vitoria-Gasteiz, a lo largo de las diferentes circunstancias de su ciclo vital, puedan dar y recibir los cuidados cotidianos deseados y necesarios. Y que lo puedan hacer en su comunidad, es decir, en su entorno relacional y físico de referencia y preferencia.

Hemos llegado al convencimiento de que esta forma de entender, construir, desplegar y presentar el quehacer de los servicios sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz es más coherente con su realidad y más interesante para el futuro que otras maneras de concebir y narrar los servicios sociales que han existido o existen. Sentimos que esa concepción y ese relato sobre nuestros servicios sociales traduce y aplica hoy y aquí el enfoque universalista, personalizado, profesional, preventivo y comunitario de nuestra ley de servicios sociales y de las comunidades de conocimiento más avanzadas sobre la materia. Efectivamente, entendemos que la mayor parte de lo que hacen hoy en día los servicios sociales de Vitoria-Gasteiz puede estructurarse y entenderse como “servicios sociales de cuidados”:

- porque ofrecemos cuidados cotidianos profesionales, a personas muy diversas en cuanto a edad, capacidad funcional, red de relaciones primarias u otras características,
- porque ofrecemos apoyos a quienes dan cuidados primarios o
- porque intervenimos con las personas y con sus entornos con la finalidad preventiva de potenciar la autonomía y capacidad de las personas y las redes primarias familiares y comunitarias, haciendo más improbable una futura necesidad o aumento de la necesidad de cuidados cotidianos de algunos de sus miembros.

Entendemos que, en la medida en que consigamos configurarnos y posicionarnos como servicios sociales de cuidados:

- daremos satisfacción a una importante necesidad sentida y a una demanda cada vez más intensa de un creciente número de personas,
- podremos lograr que no sea necesario el acceso de muchas personas a los servicios sociales especializados o que, si lo es, se produzca en el momento oportuno y en las mejores condiciones,

- estaremos en condiciones de reforzar, orientar e impulsar la respuesta a desafíos emergentes que están siendo identificados como soledades, malestares, fragilidades, vulnerabilidades y exclusiones de carácter emocional, relacional y comunitario.

Podemos afirmar también, con fundamento, que unos servicios sociales más capaces de complementar y potenciar la capacidad de cuidado cotidiano de las personas y de las redes primarias en el entorno comunitario coadyuvan en mayor medida, también, a una integración y optimización del conjunto de las políticas e intervenciones públicas presentes en el territorio (como las que tienen que ver con salud, educación, empleo, ocio, movilidad, vivienda, conectividad, garantía de ingresos para la subsistencia, seguridad, cultura, participación u otras). Los servicios sociales de cuidados y la atención integrada se potencian mutuamente. En un modelo de atención integrada se potencia que cada una de las políticas ayude a la consecución de las finalidades del resto de políticas y contribuya a la vertebración de comunidades cohesionadas y amigables.

2.4. ¿Y las ayudas económicas para la subsistencia material?

Sabemos, ciertamente, que hay otras necesidades de apoyo de las personas que pueden ser tan importantes como las de cuidados cotidianos y que algunas de ellas, en ciertos casos, también le competen al Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Es el caso, especialmente, de determinadas ayudas económicas para cubrir necesidades de subsistencia material, que, por diversas razones, han llegado a constituirse y percibirse como el contenido prestacional más conocido y reconocido en los servicios sociales de atención primaria. Sin embargo, hemos llegado a la conclusión de que es cada vez más inconveniente que sigan siendo los servicios sociales los encargados de proporcionar dichas ayudas.

Como hemos dicho, en nuestra sociedad, son cada vez más frecuentes las situaciones en las que las personas necesitamos y demandamos cuidados cotidianos y a ello responden diversas leyes que, como la de autonomía y dependencia o la de servicios sociales, impulsan la universalización de los servicios sociales de cuidados. Por otra parte, también se han ido extendiendo, complejizando y diversificando las circunstancias en las que diferentes personas demandan ingresos para la subsistencia material. Las leyes sobre servicios sociales, garantía de ingresos o mínimo vital parecen estar dando respuesta a esta situación sacando en gran medida, aunque no del todo, dicha responsabilidad de los servicios sociales. Es decir, tiende a considerarse que aportar ingresos para la subsistencia material no corresponde a los servicios sociales.

Ahora bien, pretender que los servicios sociales giren simultáneamente hacia un carácter cada vez más universal, comunitario y preventivo en materia de cuidados cotidianos y hacia un carácter cada vez más residual, reactivo y de emergencia en lo relativo a la garantía de ingresos para la subsistencia resulta cada día más difícil, máxime en contextos en los que la fracción de la política de garantía de ingresos que sigue en manos de los servicios sociales no disminuye en tamaño, complejidad y diversidad sino todo lo contrario.

La configuración, el relato y el desarrollo que requiere y potencia el proyecto estratégico de construir unos servicios sociales preventivos y universales en materia de cuidados cotidianos comunitarios necesitan dejar de recibir las interferencias que provienen de determinados encargos explícitos e implícitos de las políticas de garantía de ingresos, máxime cuando éstas pretenden que el personal técnico de los servicios sociales realice más y más funciones contraproducentes de tramitación burocratizada, racionamiento restrictivo y control punitivo. La expedición de los llamados “certificados de vulnerabilidad” o documentos análogos a cargo de los servicios sociales constituye un ejemplo de lo que estamos señalando.

Por tanto, consideramos que tiene sentido que el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, incluso en los casos en los que siga ofreciendo esas ayudas económicas para la subsistencia material, lo haga separando organizativamente la actividad de garantía de ingresos de los servicios sociales, comunicando que las ayudas económicas para la subsistencia material no forman parte de su cometido en materia de servicios sociales y promoviendo y demandando una cada vez mayor integración, eficiencia y coherencia de políticas en materia de garantía de ingresos para la subsistencia material de modo que las instituciones locales dejen de recibir las interferencias y encargos a los que hemos hecho referencia.

Ahora bien, se ha de subrayar que terminar de liberar a los servicios sociales de la fracción residual que les queda de la política de garantía de ingresos para la subsistencia material puede ser condición necesaria para poder girar y hacer el viaje hacia los servicios sociales de cuidados comunitarios que deseamos, pero en ningún caso puede considerarse como condición suficiente. La experiencia del limitado impacto que tuvo en los servicios sociales de atención primaria dejar de tramitar la Renta de Garantía de Ingresos es elocuente al respecto.

2.5. ¿Qué puede suponer esta transición?

Sea como fuere, entendemos que decirnos y decir que los servicios sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz aspiran a ser cada vez más unos servicios sociales comunitarios y de cuidados supone seguir transformando nuestra mirada y nuestras prácticas desde el planteamiento de que aportamos valor a la ciudadanía, en la medida en que hacemos más posible que todas las personas puedan dar y recibir los cuidados cotidianos deseados y necesarios en su entorno comunitario de referencia y preferencia. Ante el riesgo de llegar a ser un sistema asistencialista y burocratizado, redoblamos la apuesta por ser una red que tiene en el centro a las personas y sus relaciones.

La transformación de los servicios sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz en servicios sociales de cuidados se hará construyendo comunidad, con la sensibilidad, la complicitad y participación de la ciudadanía, o no se hará.

Todo ello, supone repensar y reconfigurar los itinerarios de las personas que están en contacto con nuestra organización o a las que podamos acceder en el futuro, no tanto desde la referencia de las prestaciones o servicios previstos formalmente en nuestro sistema de servi-

cios sociales como desde sus capacidades, recursos, necesidades y demandas en materia de cuidados cotidianos en comunidad. Supone intentar establecer con las personas y las redes familiares y comunitarias conversaciones orientadas a identificar dichas necesidades, demandas, recursos y capacidades. De forma colectiva en procesos participativos y de forma individualizada con cada persona. Y supone mejorar continuamente nuestra capacidad de hacer propuestas valiosas en forma de planes dialogados de cuidados y apoyos que incorporen tanto dichas capacidades y recursos de la población como los cuidados, apoyos, servicios e intervenciones que podamos ofrecer desde los servicios sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Supone comprender y hacer real que, en la identificación de necesidades y demandas y en la propuesta y oferta de cuidados, apoyos e intervenciones profesionales, aportamos valor y que su tramitación es un medio que debe ocuparnos el menor tiempo posible.

Supone, también, identificar, mejorar y potenciar todo lo que hacemos, sabemos hacer y podemos hacer en materia de promoción de la autonomía de todas las personas y de las relaciones de cuidado y apoyo familiares y comunitarias, es decir, de prevención de situaciones de mayor necesidad de cuidados cotidianos por parte de las personas y de construcción de comunidades cuidadoras y resilientes. Supone sensibilizarnos, debatir, encontrarnos, enredarnos, experimentar, probar prototipos, hacer experiencias piloto, innovar. Seguramente también supondrá dejar de hacer algunas cosas que hacemos con las personas destinatarias de nuestras intervenciones y servicios, así como transformar los procesos de trabajo que permiten llegar, efectivamente, a realizar esas intervenciones y brindar esos servicios. En ocasiones no podremos dejar de hacer o cambiar lo que hacemos hasta que otros agentes introduzcan ciertos cambios o incorporen determinadas actuaciones.

Sabemos que esta transformación progresiva de la mirada y de las prácticas será también una transformación organizativa. Es decir, no sólo pueden cambiar los itinerarios que realizan las personas dentro de los servicios actualmente existentes sino la configuración del conjunto de los servicios y, consiguientemente, los itinerarios que las personas realizan en relación con la globalidad de nuestra organización. El giro también se deberá notar en la gobernanza y en la formación y gestión del conocimiento, así como en la comunicación interna y externa. Lógicamente, esta transformación afectará al modelo técnico de intervención social y también, seguramente, a los requisitos para el acceso a los servicios. Queremos lanzar un mensaje de cambio, girar con más claridad y llegar a culminar este viaje.

3. Hacia los servicios sociales de cuidados de Vitoria-Gasteiz

3.1. El proceso participativo

En enero del 2023, el Departamento difunde entre sus trabajadores y trabajadoras el documento antes mencionado: *Vitoria-Gasteiz: construir unos servicios sociales para que todas las personas puedan dar y recibir en su comunidad los cuidados cotidianos necesarios y deseados.*

En febrero se realizan grupos de reflexión y participan 150 personas, que debaten sobre la propuesta de cambio de enfoque entorno a estas preguntas: ¿Qué te parece esta idea? ¿Qué dudas te suscita el planteamiento? Y, ¿qué trabajos y en qué ámbitos propones para ir haciendo la transición?

El resultado es que el 31% expresan tener una buena disposición y el 56% muy buena disposición para avanzar en esta línea.

En este proceso de reflexión se identifican algunos temas sobre los que comenzar a trabajar, que suponen mejoras de los servicios existentes y acciones nuevas:

- Estrategia de comunicación de los servicios sociales de cuidados.
- Visibilizar los servicios y programas que existen y se identifican como cuidados.
- Campaña de mejora de la imagen de los servicios sociales.
- Adecuar y mejorar las herramientas informáticas en la atención.
- Revisar procedimientos departamentales e itinerarios para mejorar, agilizar y facilitar la atención y gestión administrativa.
- Diseño de proyectos de desarrollo comunitario: *Salir más a la calle*, generar redes comunitarias acordes a unos servicios sociales de cuidados.
- Mejora de la atención telefónica y gestión de citas.
- Incorporar al tercer sector social y al voluntariado en este proceso.
- Cambios en la gestión y tramitación de las prestaciones económicas.
- Itinerarios pilotos de atención en el Servicio de Infancia y Familia.
- Experiencia piloto Servicio de Ayuda a Domicilio de cercanía.
- Itinerario piloto de atención a personas mayores.
- Desarrollar más acciones de cuidados y autocuidado de los/as profesionales de los diferentes servicios.
- Analizar el impacto de la implementación de los proyectos y acciones de mejora en las cargas de trabajo de los equipos.

Durante el año 2023 se crean equipos de trabajo sobre algunas de las propuestas:

1. Diseño de una campaña de mejora de la imagen de los Servicios Sociales de Base y del Departamento.
2. La atención telefónica y gestión de citas ha mejorado, posibilitando las citas de seguimiento en los Servicios Sociales de Base a través del 010.
3. Revisión de las vías de acceso a dos de los programas del Departamento. Se facilita que las personas accedan directamente, además de con valoración social a programas de apoyo para las familias y a los cursos de inclusión sociolaboral.
4. Revisión de varios procedimientos de trabajo con el objetivo de que sean más sencillos

y operativos. Algunos conllevan cambios importantes en la atención, como el de primera acogida y atención a las situaciones de urgencia.

5. Proyecto piloto de mejora del itinerario de atención a personas mayores y familias. Esta propuesta es la más importante dado el volumen de personas atendidas y por las novedades que incorpora en el enfoque, en la metodología de intervención, reorganización de equipos y formas de coordinación interna y externa.

3.2. Diseño e implementación del proyecto piloto para mejorar la atención a personas mayores y familias

Destacaremos a continuación el proyecto piloto para mejorar la atención a personas mayores y familias. El objetivo general que se pretende es contribuir a que las personas mayores de Vitoria-Gasteiz vivan en su entorno habitual y cotidiano con el mayor nivel de autonomía. La clave central de la idea es situar a la persona en el centro de la atención.

Para ello los Servicios Sociales de Base de dos zonas de la ciudad, Aldabe y Arana, amplían su alcance de atención y su cercanía más si cabe. Además de estar en los Centros Cívicos, se ubican en BIZAN Arana, Coronación y Landázuri. El itinerario de atención es más sencillo de recorrer, más fácil de explicar y, en definitiva, más eficaz.

Los Centros Cívicos y BIZAN son espacios de socialización, facilitan encontrar nuevas amistades y relaciones de apoyo. También, proporcionan los cauces para poder desarrollar, si se quiere, un proyecto de vida entusiasta y vital. Y son conocidos, utilizados y muy bien valorados por la ciudadanía.

Los Centros Cívicos, 14 centros en los barrios de la ciudad, son utilizados por todos los sectores de población como punto de contacto y “sede” de muchos recursos y servicios de ocio, cultura, deporte, administración municipal o atención social. Y, BIZAN es una red de 16 centros (anteriormente conocidos como Centros Socioculturales de Mayores), distribuidos por los barrios de la ciudad. Son espacios de relación y encuentro. En ellos, la población mayor desarrolla sus actividades de relación, ocio, aprendizaje, búsqueda de información y participación. En los últimos años se ha potenciado la participación en programas intergeneracionales y generativos, así como el trabajo comunitario en los barrios. Existen apoyos específicos para personas mayores solas o vulnerables, como *Activa tu barrio*, grupos de encuentro y relación para personas muy mayores, el programa de prevención de caídas, los parques de salud, el servicio de comedor, etc. Más de 37.000 personas acuden a BIZAN, el 64% de las personas mayores. Además, los centros BIZAN son espacios cada vez más abiertos a otras edades y en la actualidad colideran el envejecimiento activo en Vitoria-Gasteiz. El 80% de las personas atendidas acuden habitualmente a un BIZAN.

Trabajar para las personas (más que para la organización) orienta a aprovechar los espacios “naturales” de relación para que la gente pueda encontrar allí lo que necesita. Por ello

BIZAN se ha convertido en una base sólida sobre la que implementar nuevas ideas de organización y acciones para mejorar aún más la vida las personas mayores y sus familias.

Las personas destinatarias: como se recoge al inicio, el 22,7% de población de nuestro municipio tiene 65 o más años (59.295 personas). Es importante destacar que, la mayoría de las personas mayores de la ciudad son personas autónomas (88%), activas, bien adaptadas personal y socialmente y con buena salud. Tienen una vida familiar y social rica, con amistades y realizan de forma frecuente actividades lúdico-recreativas, físicas y deportivas. Además, disponen de medios económicos, formación y mayor nivel cultural, y quieren residir en su domicilio frente a otras alternativas de alojamiento fuera de su casa. También hay personas que necesitan ayuda, personas que tienen pocos recursos y mala salud. El 12% tienen una dependencia reconocida, que en su mayoría tienen 80 y más años.

Las dos zonas seleccionadas para poner en marcha el proyecto piloto tienen la siguiente estructura a nivel de población: Aldabe (20.266 habitantes, 8.279 tienen+60 años) y Arana (11.233 habitantes, 5.461 tienen+60 años). De estas, 1.210 personas mayores son atendidas en los servicios sociales municipales. El 69% son mujeres, y la media de edad es de 83 años. Más de la mitad viven solas (55%). Estas personas son atendidas en distintas oficinas de servicios sociales municipales: Servicios Sociales de Base (en el Centro cívico), Oficina del servicio de ayuda a domicilio y/o Oficina de apoyo a familias cuidadoras Maiteki (centralizada fuera del barrio).

Es un sistema de atención que atiende a las personas en base a su situación de autonomía-dependencia y demanda de recursos. Cuando las personas, por su nivel de dependencia necesitan del servicio de ayuda a domicilio dejan de ser atendidas en el Servicio Social de Base de su barrio y tienen que acudir a una oficina de atención centralizada, lejos de su domicilio. Lo mismo les ocurre a las familias que cuidan de una persona mayor y que son atendidas en una oficina centralizada (programa de apoyo a familias cuidadoras). Cuando cambian de oficina de atención también cambian de profesionales de referencia. Incluso puede darse situaciones en las que se atiende desde dos oficinas y ubicaciones diferentes.

Las oficinas, cuentan con recursos y servicios de apoyo y atención, como el Servicio de ayuda a domicilio, Servicio de comedor y Comida a domicilio. Más de la mitad (55%) tienen el Servicio de Teleasistencia. Hay 64 familias que cuidan habitualmente de sus familiares y reciben ayuda del Programa de apoyo psicosocial y formación. Y 45 personas perciben prestaciones económicas para el mantenimiento de la vivienda.

Con el inicio de la experiencia piloto, las 1.210 personas comienzan a ser atendidas desde una única oficina en cada zona: el Servicio Social de Base ubicado en BIZAN Coronación y Bizan Landázuri (ambos en la zona de Aldabe), y el Bizan Arana.

Las claves del proyecto piloto son:

CLAVES		
Proximidad	Profesional de referencia estable (trabajadoras sociales, psicólogas, educador/a social, administrativo/a, técnico/a en animación sociocultural de BIZAN, y personal de servicios de BIZAN (cafetería, podología, comedor, peluquería, monitores...) y responsable Pilotando nuevas figuras como el auxiliar de acogida.	Equipos: especialización en los cuidados. Abordar los cuidados a largo plazo y con continuidad. Formación
Plan Cuidados: necesidades + capacidades + participación + relaciones sociales + acompañamiento	Recursos: recursos sociales habituales + BIZAN (cursos y talleres, comisiones de actividades, Activa tu barrio para personas solas, Grupos de encuentro para muy mayores, Actividades generativas, etc)	Comunidad: se está y se construye
Barrio: Trabajo en red	Prevención: detección, soledad, relaciones sociales	Coordinación: interna y externa y con el IFBS
“La transformación de los servicios sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz en servicios sociales de cuidados se hará construyendo comunidad, con la sensibilidad, la complicidad y participación de la ciudadanía, profesionales y entidades, o no se hará”.		

Fuente: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Estas claves implican la necesidad de explicar y valorar la viabilidad de la propuesta con las personas destinatarias. Para ello entre los meses de marzo y diciembre de 2023 se reali-

zaron 4 talleres con vecinos y vecinas de las dos zonas seleccionadas, las personas mayores y familias y entidades con las que se colabora. El planteamiento se valora de manera muy positiva.

Con una propuesta que parece viable, a lo largo de 2024, el equipo motor compuesto por profesionales de los servicios de acción comunitaria, personas mayores, la coordinadora y dirección del departamento establece en base a los temas a trabajar varios grupos de trabajo, tal y como se recoge en la ilustración.

Plan de comunicación	Zonificación	Evaluación	Adecuación de espacios para la atención	Enfoque de cuidados
Adaptación de procedimientos de intervención de MAITEKI	Gestión de citas, primer filtro y coordinación SSBASE-BIZAN	Proyecto piloto SAD de cercanía	Adaptación de procedimientos de intervención SAD dependencia	Selección de profesionales de atención directa

Fuente: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Después de varios meses de arduo trabajo y preparación, el 15 de abril de 2024 marca el inicio de esta nueva etapa.

Resultados inmediatos y lecciones aprendidas: solamente han pasado 5 meses y aunque la evaluación final del proyecto piloto no estará disponible hasta finales de 2024, es posible resaltar algunos logros y resultados identificados en la primera fase de la evaluación (junio) tanto entre las personas usuarias, los equipos de profesionales y las entidades y asociaciones colaboradoras.

Quizás el aprendizaje más destacado sea que lo importante no es llegar a la meta sino el proceso seguido, que nos ha permitido recorrer un camino. Se trata de un gran cambio, no exento de dificultades y resistencias. Estar cerca de las personas mayores, en BIZAN, verlas contentas y agradecidas de que se haya puesto en marcha este proyecto, observar cómo saludan por su nombre a la trabajadora social, al auxiliar de acogida y viceversa, y sentir la relación de ayuda que se ha establecido entre ellas permite comprobar que se está generando un ambiente natural de confianza y apoyo mutuo en los Servicios Sociales de Base además de fortalecer los lazos comunitarios.

Al poner los cuidados en el centro de nuestras conversaciones y decisiones, estamos invirtiendo en bienestar, inversión social. Generamos nuevas formas de estar y relacionarse y brindamos la oportunidad de que las personas puedan verse y reconocerse mutuamente.

NOTA

¹ Accesible online en:

https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/was/contenidoAction.do?idioma=es&uid=u_61aaa7a_187dfd0ed46__7f7a

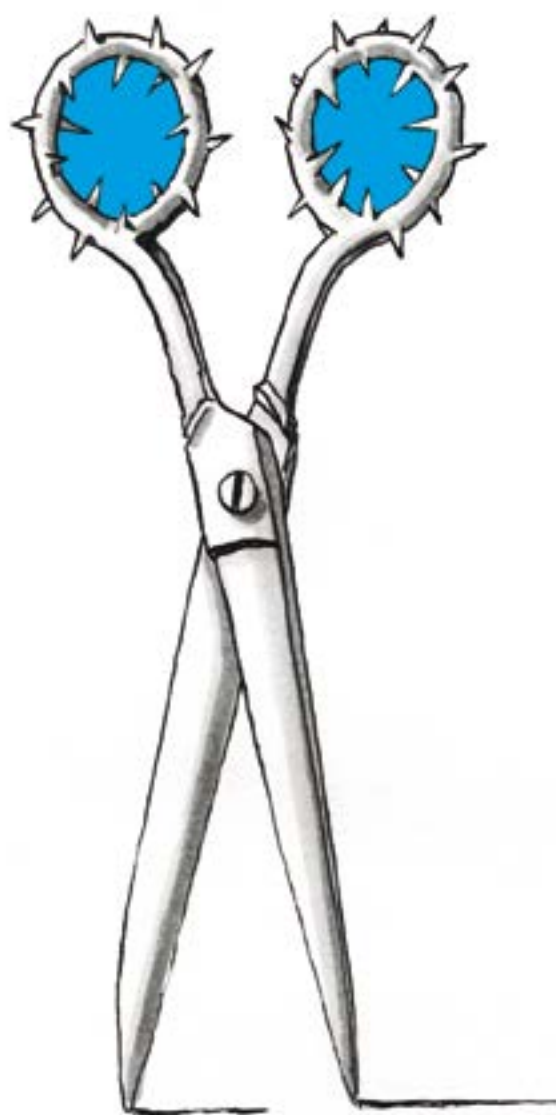
REFERENCIAS

Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz (2023). *Hacia unos servicios sociales de cuidados*. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Disponible online en:

https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/was/contenidoAction.do?idioma=es&uid=u_61aaa7a_187dfd0ed46__7f7a

Buesa, S. y Cantero, B. (2022). “Las demandas de la ciudadanía a los servicios sociales”, en: *Servicios sociales y vulnerabilidad frente a la pandemia*. Donostia-San Sebastián: Fundación Eguía Careaga, pp. 49-69.

Berasaluze, A. y Ovejas, R. (2022). “Los desafíos de la intervención social en el sistema de servicios sociales”, en: *Servicios sociales y vulnerabilidad frente a la pandemia*. Donostia-San Sebastián: Fundación Eguía Careaga, pp. 71-85.



J. J. HARRIS

¿QUIÉN CUIDA A QUIENES CUIDAN?

IÑIGO KORTABITARTE HIDALGO

Si quien lee estas líneas espera encontrar un artículo eminentemente académico, me veo obligado a hacer un ejercicio de honestidad para con sus expectativas y valioso tiempo, avisando desde ahora que no es mi intención radiografiar una realidad, abundar en la evidencia de los datos, o explayarme en la objetividad de los estudios. Hoy no escribo desde ahí, aunque desde ahí he profundizado en la cuestión del cuidado familiar a lo largo y ancho de una considerable cantidad de años dedicados a los análisis, estudios y evidencias sobre el particular.

La posición desde la que escribo tiene más bien que ver con mi propia realidad vital como persona cuidadora. Cuidé a mi pareja enferma de cáncer a lo largo de tres años. Al enviudar, cuidé de mi hija de cuatro años hasta verla volar alto. Más adelante, tras volver a casarme, viví en primera persona el cuidado en casa durante once años de mi suegro Txomin, que padeció un agresivo tipo de demencia. Once años de cuidados por parte de mi suegra Beatriz, de mi mujer Axun, con el resto de la familia apoyando en lo posible: Once años de personas cuidadoras, como tantas otras, congelando su pro-

yecto de vida para cuidar a un ser querido.

Por ello, pido disculpas de antemano si el artículo no está escrito desde el cerebro, sino desde las tripas de lo que supone ser persona cuidadora. Porque –parafraseando a René Descartes–: *Cuido, luego existo*.

Voy a centrarme en el cuidado de familiares mayores dependientes, porque es la realidad menos elegida e interiorizada, la que menos forma parte del proyecto vital de una persona cuidadora. En contraste, cuidar de un hijo es mayoritariamente una elección vital, algo que forma parte –o no, según nuestro criterio– de nuestra hoja de ruta personal. Asumimos, más o menos conscientemente, los sacrificios implícitos y los impactos en nuestra vida. En cambio, cuidar de un familiar mayor dependiente rara vez forma parte de ese diseño vital y surge como una implosión más o menos radical, más o menos acelerada o compleja, pero escasamente anticipada o prevista en nuestra esfera más íntima.

Vivimos inmersos –en mi opinión, para bien– en un constructo sociocultural en el que se asume que las familias cuidan a los suyos

cuando se enfrentan a una dificultad. Es la tónica en los países del arco mediterráneo y en Sudamérica principalmente, aunque también en otros países y culturas. Y es una faceta vital que, sin duda, va modificándose conforme las nuevas generaciones construyen su visión de la realidad (de su realidad) incorporando nuevos matices, vivencias y expectativas, en el marco de un mundo hiperconectado y crecientemente individualista, hedonista y superficial.

Si reflexionamos sobre el tipo de sociedad en la que vivimos o nos gustaría vivir, descubrimos con desazón que son muchos los síntomas que evidencian una progresiva pérdida de capital social en las sociedades modernas. Entendiendo el capital social como el conjunto de “normas y espacios informales en los que se desarrolla la acción colectiva y se construye la confianza en una comunidad”, parece evidente que todas las sociedades avanzadas están experimentando un retroceso. Ya lo diagnosticaba en el año 2000 el sociólogo estadounidense Robert Putnam en su ensayo *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, analizando la progresiva desaparición de las boleras como indicador del declive del capital social en Estados Unidos. Pero se trata de un fenómeno global, y de hecho podemos trasladarlo a otro espacio fácilmente identificable en nuestro contexto, que también vive su particular declive: las sociedades gastronómicas. Durante décadas, las sociedades gastronómicas han desempeñado un importante papel de vertebración comunitaria, propiciando el encuentro entre distintas capas de la sociedad, distintas sensibilidades y formas de ser y estar en el

mundo, alrededor del buen comer y del cocinar para los amigos. Haciendo tabla rasa entre biografías y estatus, con el pretexto del disfrute y de la generosidad. No pocas veces, de la confianza construida en ese espacio informal han nacido sólidas relaciones extrapolables a otros ámbitos y situaciones. Y aunque no es nuestro foco en este artículo, sabemos también gracias a trabajos como el del politólogo Francis Fukuyama que las comunidades con mayores índices de confianza colectiva muestran también habitualmente mayor pujanza económica. Pues bien, es un hecho que las sociedades gastronómicas también están perdiendo pujanza debido a los cambios en el contexto sociocultural y a la falta de relevo generacional.

En esta inercia de retroceso de ciertas bases comunitarias, ¿podríamos encontrar una actividad humana informal más relevante en términos de construcción de capital social que el cuidado de una persona mayor dependiente por parte de sus familiares? ¿No es un factor de acción colectiva, de fortaleza social y de confianza comunitaria, el hecho de constatar que en nuestro entorno nos preocupamos por atender a los nuestros cuando más lo necesitan? ¿Existen en realidad tantas facetas de las que podamos sentirnos tan orgullosos, como sociedad, como de la forma en que nos comprometemos a cuidar a las personas mayores que han visto mermada su autonomía, y de contribuir a que puedan permanecer en casa? En mi opinión, no hay tantas, ni tan significativas. Especialmente porque cuidar a un familiar mayor dependiente no es algo que forme parte de nuestro proyecto vital. Tampoco nadie nos ha preparado para los muchos y exigentes retos que

implica. Ni tampoco para las importantes renunciaciones que supone (a la par que importantes satisfacciones para quien sabe encontrarlas). Y, sin embargo, nuestros valores nos llevan a cuidar desde una motivación eminentemente ética y de cariño, desde la necesidad de devolver a esa persona, a través de los cuidados y cuando más lo necesita, parte de lo que nos ha aportado a lo largo de la vida. Mayoritariamente, elegimos cuidar, y en esa elección reside un enorme valor comunitario, un valioso ejemplo de sociedad que puede mirarse al espejo y sentirse orgullosa de sí misma.

Reivindicar la labor de las personas cuidadoras familiares, hacerla visible, apoyar a quienes cuidan, no es solo algo justo y solidario. Además, es una efectiva vacuna contra el individualismo, contra el desapego y la merma en las relaciones humanas, contra la pérdida del sentido de la reciprocidad.

Reivindicar y apoyar a quienes cuidan es un huracán a favor de nuestros mejores valores individuales y colectivos.

Y aquí viene la paradoja. ¿Cómo es posible que una actividad humana tan relevante para las personas implicadas, para la construcción colectiva, para la fortaleza y confianza comunitarias, pueda producirse en medio de una injusta invisibilidad y falta de reconocimiento social?

En realidad, se trata de una pregunta retórica, ya que los motivos de esa invisibilidad y falta de reconocimiento están bastante bien identificados. En primer lugar, nuestro constructo sociocultural determina –como hemos mencionado anteriormente– que las familias cuidan a sus mayores cuando estos pierden

su autonomía, y esto, que es en principio una cualidad positiva, provoca que el hecho de que la familia cuide sea algo que *va de soi*, es decir, automáticamente se supone y espera que sea así, y por lo tanto “se desvaloriza de manera igualmente automática”. En segundo lugar, es un hecho que el 85% de las personas que cuidan en las familias son mujeres. Y aunque es cierto que conforme avanzamos en edad (parejas de 80 y más años en las que uno de los cónyuges es dependiente y el otro cuidador/a principal), los porcentajes de hombres y mujeres cuidadoras tienden a equipararse, la realidad en su conjunto revela un “evidente factor de género”, motivado en parte por la falta de corresponsabilidad en los cuidados por parte de muchos hombres (no todos, aunque sí de una amplia mayoría, a pesar de que se aprecia una tímida inercia de cambio hacia una mayor corresponsabilidad). Sabemos bien que las cuestiones que se asocian de manera inherente al género femenino han padecido y padecen –afortunadamente cada vez menos– de invisibilidad y falta de reconocimiento.

En tercer lugar, las personas que cuidan no van a dejar de hacerlo por mucho que se produzca una situación de falta de reconocimiento o apoyo. Hemos mencionado que los cuidados se proporcionan, en la mayoría de los casos, desde una motivación intrínsecamente ética, y quienes cuidan no van a ir en dirección contraria a la marcada por sus valores morales. Esto, que bien podemos interpretar como una fortaleza, provoca sin embargo que “el ostracismo de las personas cuidadoras familiares no conlleve consecuencia de ningún tipo para la sociedad”, porque el importante activo que supone el cuidado

familiar no va a desaparecer a pesar de todo. Y, finalmente, pero no menos importante, “las personas cuidadoras familiares no tienen voz”. Según las estimaciones, estamos hablando de cerca de 2 millones de personas a nivel estatal, pero que no están organizadas, y por lo tanto su acción es dispersa y su capacidad para hacer llegar su situación a los centros de decisión es muy limitada.

Hablamos por lo tanto de una “doble vulnerabilidad”: la derivada de enfrentarse a una situación difícil que, como veremos más adelante, supone un deterioro importante en la salud de la persona cuidadora, sumada a la vulnerabilidad generada por las dificultades para que su voz pueda ser escuchada.

Ahora bien, ¿cuál es la importancia real y efectiva del cuidado familiar de personas mayores dependientes en el marco del sistema de cuidados? ¿Cuánto contribuye a sostener el andamiaje que vertebrar la atención a la dependencia? ¿Qué importancia relativa tiene en lo que llamamos “mix de cuidados”?

Denominamos “mix de cuidados” a la suma de (1) los recursos y servicios públicos (servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, prestaciones económicas, plazas en residencias de mayores o centros de día, ayudas técnicas, etc.), (2) los servicios ofrecidos en el mercado por entidades privadas con o sin ánimo de lucro (de información, de acompañamiento, relacionados con la salud o las tareas de cuidados), y (3) el cuidado familiar, es decir las tareas de cuidado asumidas por familiares de la persona dependiente. La suma de estos tres componentes conforma y hace viable el sistema de cuidados existente hoy. En los últimos tiempos ha surgido con

cierta fuerza un cuarto componente bajo la denominación de “cuidado comunitario”, que consistiría en vertebrar la comunidad de proximidad (para entendernos, el barrio), para que pueda convertirse en un recurso adicional que refuerce el mix de cuidados, aunque se trata aún de un concepto incipiente y con escaso peso efectivo real.

Ninguno de los tres componentes esenciales del mix de cuidados actual es prescindible, ya que el sistema sería insostenible sin cualquiera de ellos. Pero “para entender la verdadera importancia del cuidado familiar” en el sistema que acabamos de dibujar, es importante conocer algunos datos de contexto:

- A lo largo de las dos próximas décadas, cada año 33.000 personas en Euskadi (600.000 en España) cumplirán 65 años. Esto nos llevará del 21% actual de población de 65 y más años a un 30% en el año 2050¹.
- El envejecimiento demográfico, junto con el aumento de la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas (se triplicará en las próximas dos décadas), provocará que cada año exista un 5% más de personas mayores dependientes.
- La mayoría de estas personas quieren permanecer en su domicilio. De hecho, en la actualidad, el 80% de las personas mayores dependientes están siendo cuidadas en casa gracias al mix de cuidados actual, viéndose así cumplidos sus deseos y su derecho a la autodeterminación personal.

- Ya en el año 2015, existían estudios² acerca de que las tareas de cuidados a familiares dependientes llevadas a cabo por las familias equivalen como mínimo al 2,1% del PIB.
- Según los cálculos de María Ángeles Durán³, para asumir desde el sistema público el 10% de las tareas de cuidados que realizan las familias habría que contratar a 1,5 millones de empleados públicos, en un país que en la actualidad tiene unos 3 millones en total. Según sus mismos cálculos, para que el sector público pudiera cubrir toda la demanda de cuidados necesitaríamos pagar un IRPF del 70%⁴.
- La capacidad de muchas familias para comprar servicios privados de cuidados en el mercado es limitada o muy limitada, dada la renta real disponible bruta por habitante cuyo valor medio en el año 2020 fue de 15.817 euros⁵.

Como se deduce de esta exposición de factores de contexto, “estamos ante un reto de proporciones gigantescas”. Y es bajo esta luz cuando la importancia del cuidado familiar se ve multiplicada. Más si cabe si pensamos que esta pieza clave del mix de cuidados va a ir menguando progresivamente a lo largo de las próximas décadas, debido a factores socioculturales (mayor índice de divorcios, menor número de hijos por pareja, mayor movilidad geográfica, incorporación de la mujer al mercado laboral...), demográficos (hoy en día se estima un ratio de 8 personas potencialmente cuidadoras por

cada 2 personas mayores dependientes, mientras que dentro de 25 años el ratio será inverso, 2 a 8), y de solidaridad intergeneracional (los valores y expectativas sobre el cuidado entre distintas generaciones se van modificando). Podemos concluir, por lo tanto, que “el cuidado familiar es un activo social menguante”. Y, como consecuencia, se multiplican tanto su relevancia como la necesidad de contribuir al menor deterioro posible en el bienestar de las personas cuidadoras familiares, ya no sólo por una cuestión de conciencia social, sino también como exponente de inteligencia en la gestión del sistema de cuidados.

Porque, ¿cuál es el impacto del cuidado en las personas cuidadoras? ¿Qué huella puede dejar el hecho de cuidar a un familiar mayor dependiente (en promedio durante cinco y seis años, pero en muchos casos durante diez o hasta quince años)? ¿Cómo puede afectar a una persona cuidadora el enfrentarse a una situación compleja para la que nadie le ha preparado, muchas veces de gran dificultad como por ejemplo cuando el familiar dependiente padece un deterioro cognitivo que le provoca alteraciones de comportamiento difíciles de gestionar?

Llamamos *burnout* (“sobrecarga”) de la persona cuidadora al deterioro que puede producirse progresivamente en la persona que cuida, conforme va avanzando la línea de tiempo de los cuidados. Se trata de un deterioro que presenta un “componente físico” (peor salud percibida, mayor dolor, más trastornos músculo-esqueléticos, menor respuesta inmunológica, mayor número de enfermedades infecciosas, más alergias,

mayor consumo de fármacos), un "componente emocional" (ansiedad, depresión, ira, estrés, somatizaciones, mayor consumo de psicofármacos), un "componente familiar" (conflictos, discusiones, falta de apoyo, sentimientos de soledad e incompreensión), y un "componente social" (dificultad para mantener e iniciar relaciones sociales, abandono de las actividades significativas, aislamiento y soledad no deseada). Estos impactos no se producen siempre, ni con la misma intensidad en función del contexto de cuidados y de la persona cuidadora, pero son riesgos que deben ser tratados con carácter general, de manera preventiva y desde un enfoque de autocuidado.

Me parece importante subrayar, quizá por haberlo vivido en primera persona, que las consecuencias negativas del cuidado van habitualmente acompañadas de otras positivas, tanto a nivel personal como intrafamiliar. Así, en no pocas ocasiones, a la satisfacción de cuidar a alguien querido e importante se suma una sensación de crecimiento personal desde la implicación altruista, de mejora del conocimiento de uno mismo. Y también una mejora en las habilidades de comunicación entre distintas personas de la familia, o en el abordaje familiar de los problemas y la capacidad para hacerles frente exitosamente.

Como consecuencia de lo expuesto hasta aquí, brota con fuerza una pregunta de gran calado. Si las personas cuidadoras familiares son una "pieza imprescindible del sistema de cuidados", sin la cual éste implosionaría. Si se trata de un colectivo que lleva a cabo una "función social y comunitaria clave", y se en-

cuentra en una situación de "doble vulnerabilidad". Si es un "activo social menguante", que como sociedad nos interesa conservar en el mejor estado y durante la mayor cantidad de tiempo posible. Si somos conscientes del importante "riesgo de deterioro en la salud" de la persona cuidadora, hasta el punto de poder claudicar (cesar) en los cuidados por enfermar ella también. Si entendemos la importancia de que una persona, ante la decisión de cuidar, perciba que va a poder hacerlo con un "acompañamiento adecuado que le permita cuidar con calidad y autocuidarse" de manera efectiva, haciendo más asequible y menos amenazante la situación vital. Si estamos de acuerdo en todo ello, la pregunta es: "¿cómo nos planteamos cuidar a quienes cuidan?". ¿Cómo nos planteamos visibilizar y reconocer su labor, proporcionándoles el apoyo que necesitan?

Es necesario precisar que no me refiero aquí a recursos y servicios de enorme importancia que ofrecen las Administraciones públicas y que, estando enfocados a la persona mayor dependiente, benefician también indirectamente a las personas cuidadoras de las familias, como los centros de día, las ayudas técnicas, el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia... o en última instancia las plazas en residencias de mayores. Pongo el foco más bien en el hecho de que las personas cuidadoras familiares, incluso contando con uno o varios de estos recursos, lideran una parte importante de los cuidados (cuantitativa y cualitativamente) y que como consecuencia asumen un riesgo de deterioro en su salud que es necesario gestionar y reducir con un acompañamiento adecuado y poniendo un foco específico en su bienestar.

Así que, volvamos a la pregunta: ¿cómo podemos cuidar a quienes cuidan? Para que la cuestión sea menos abrumadora, podemos abordarla desde dos perspectivas prácticas. La primera nos llevaría a preguntarnos: ¿qué sería necesario proporcionar a la persona cuidadora para que pueda cuidar con calidad a su familiar, conservando su propia salud física y mental y abordando con éxito los retos que implica el día a día del cuidado? La segunda perspectiva plantearía una cuestión no menos relevante: ¿cómo hacerlo de manera financiera y operativamente viable, de modo que sea posible ofrecer apoyo a las decenas de miles de personas que cuidan?

En Euskadi, la preocupación por la situación de las personas cuidadoras familiares ha ido ganando enteros en la agenda de las Administraciones públicas de los tres Territorios Históricos, y en los tres existen distintas aproximaciones para hacer efectivo el apoyo que merecen. No es una cuestión sencilla, pero a veces hacer lo necesario exige elevarse un par de peldaños por encima de las dificultades y crear las condiciones para que la solución a cuestiones difíciles sea posible, con capacidad de liderazgo, altura de miras y la máxima colaboración.

Hace algunos años varias de estas administraciones públicas (la Diputación de Gipuzkoa, el Gobierno Vasco y el Ayuntamiento de Donostia) construyeron un consenso para tratar de llevar a la práctica una visión innovadora que, como persona implicada en los cuidados, diseñé junto con un maravilloso equipo multidisciplinar de profesionales para tratar de resolver las dos cuestiones planteadas. Fruto de ese compromiso públi-

co multinivel, de una apuesta personal, y de la colaboración de numerosas entidades y personas, surgió una metodología de apoyo psicoeducativo que ha sido validada científicamente tanto en su efecto clínico positivo sobre el bienestar de las personas cuidadoras, como en su carácter coste-efectivo (genera al sistema público –ergo a las y los contribuyentes– el doble de ahorros de lo que supone su coste de aplicación). Esta metodología ha necesitado seis años para diseñarse, construirse, validarse científicamente, y superar los procesos administrativos pertinentes para incorporarse a la cartera pública de servicios. Quiero volver a subrayar el compromiso de numerosas personas del ámbito institucional, técnico, familias cuidadoras, y entidades de todo tipo, para contribuir al desarrollo de una respuesta a un problema social mal resuelto. Ha sido realmente un logro colectivo.

La metodología se denomina *OKencasa*, y es la única en su género que ha demostrado, mediante evidencia científica, que logra lo que pretende lograr: cuidar a quienes cuidan. No me explayaré mucho en detallar en qué consiste, más allá de indicar que logra reducir de manera rotunda la sobrecarga de la persona cuidadora, su ansiedad, la sintomatología depresiva que suele presentarse en casos complejos, y aumentar su capacidad para cuidar con calidad y afrontar los retos del día a día del cuidado. Y todo ello, de manera remota y escalable a través de una aplicación para dispositivos móviles, superando los niveles exigibles de adherencia a la intervención, y apoyando también con éxito a personas cuidadoras que se encuentran en situación de brecha digital.

En lo que sí voy a entretenerme un poco más, enfilando ya la recta final de este artículo, es en terminar de perfilar “el enorme impacto social que supone apoyar a las personas cuidadoras familiares”. Se trata, en efecto, de un impacto “multidimensional” que sorprende a quien no ha dedicado el tiempo suficiente a calibrar el tamaño del beneficio generado a una parte muy significativa de la sociedad (no sólo a las personas cuidadoras).

En primer lugar, hemos convenido que en los cuidados existe un evidente “factor de género”, ya que la mayoría de las personas cuidadoras en las familias son mujeres. Con independencia de que la decisión de cuidar haya sido consciente y elegida por la mujer cuidadora, existe para ella un “coste de oportunidad”, por el hecho de cuidar al que se suma un riesgo de deterioro de su bienestar. Con una metodología de apoyo adecuada, reducimos (o cuando menos acotamos en el tiempo) dicho coste de oportunidad. Sin ir más lejos, nuestra metodología ha demostrado científicamente reducir las horas destinadas a tareas de cuidados en casi 10 horas menos a la semana. Y cuarenta horas de cuidados al mes son muchas horas. Por otro lado, y con una estrategia adecuada, es también una oportunidad para “fomentar la corresponsabilidad” por parte de otras personas de la familia, y muy especialmente de los hombres.

En segundo lugar, sabemos por numerosos estudios que un inadecuado manejo de las emociones motivadas por el cuidado (estrés, culpa, negación, rabia) constituye una importante variable de prevalencia de la sobrecarga de la persona cuidadora y un

“factor de riesgo para su salud mental”. Esta merma en el bienestar psicológico afecta por supuesto y principalmente a la persona cuidadora que lo padece, pero también genera consecuencias colaterales “a todo su entorno de relación (familiar, relacional, laboral...)”. Proporcionar a las personas cuidadoras mecanismos de control y mejora de su salud mental es por tanto una cuestión que genera impactos positivos más allá de ellas mismas.

En tercer lugar, existen numerosas evidencias sobre el hecho de que ser persona cuidadora familiar principal es un “factor de prevalencia de la soledad no deseada”. El abandono de la red de amigos, de las actividades de disfrute, de las relaciones en la comunidad, muy especialmente por parte de aquellas personas cuidadoras que adolezcan de las habilidades para retomar una funcionalidad social una vez finalizada la etapa de cuidados, constituye una cuestión de primera magnitud. Un adecuado acompañamiento contribuye a paliar este efecto, fomentando que la persona cuidadora proteja de manera consciente su red social y en la medida de lo posible los espacios y tiempos para ella misma. Haciéndolo, no sólo propiciamos un “menor aislamiento de la persona cuidadora”, sino que también prevenimos el “debilitamiento del tejido comunitario”, actuando con carácter preventivo sobre situaciones que más adelante suelen resultar difíciles de revertir.

Finalmente, pero no menos importante, venimos hablando desde hace unos años del fenómeno de la “generación *sándwich*”: personas y parejas en la franja de edad entre 45 y 55 años, que “aún tienen menores a su

cargo y tienen que participar simultáneamente en el cuidado de sus familiares mayores”. Esta doble vertiente, junto a las obligaciones laborales que mayoritariamente tienen las personas de esta cohorte de edad, supone un auténtico reto logístico y de fortaleza personal. Pero es que, además, proporcionar un adecuado acompañamiento psicoeducativo a estas personas genera un impacto importante no sólo sobre ellas mismas, sino también sobre su entorno familiar cercano y su desempeño laboral. En este último extremo, es importante subrayar que “un adecuado apoyo a la persona cuidadora produce un ahorro de costes para su empresa que puede alcanzar varios miles de euros anuales”, debido a una reducción en las bajas laborales y en las reducciones de jornada.

Como hemos podido ver, en el cuidado familiar reside una suma de fenómenos e impactos de gran relevancia social y que afectan a una parte importante de la población: “factor de género, salud mental, soledad no deseada y “generación *sándwich*”. Todo ello, por si no fuera suficiente el abordaje ético subrayado a lo largo de este artículo, o la necesidad de la máxima inteligencia a la hora de proteger un activo menguante en

nuestra sociedad que es básico para el sostenimiento del sistema de cuidados.

Por tanto, termino con un llamamiento a todas las formaciones políticas con responsabilidad de gobierno en las Administraciones públicas concernidas. Una llamada a priorizar la visibilidad, el reconocimiento y el apoyo específico a las personas cuidadoras familiares, como una cuestión que sobrepasa los límites estrictos del cuidado, y que resulta esencial para la transición desde el actual modelo de cuidados (sobre cuyos factores de obsolescencia existe un razonable consenso) a un nuevo modelo de cuidados de calidad, personalizado, corresponsable, sostenible, con las personas en el centro y en el que la tecnología permita aplicar nuevas soluciones sin perder de vista lo fundamental: la calidez, empatía y trato cercano y personal que deben caracterizar siempre a los cuidados. No cabe ninguna duda, dado el creciente porcentaje de población directa o indirectamente impactada por el fenómeno de la dependencia y los cuidados, de que resulta determinante entender al apoyo al cuidado familiar como lo que es: “una importante fuente de rentabilidad tanto social como político-institucional”.

NOTAS

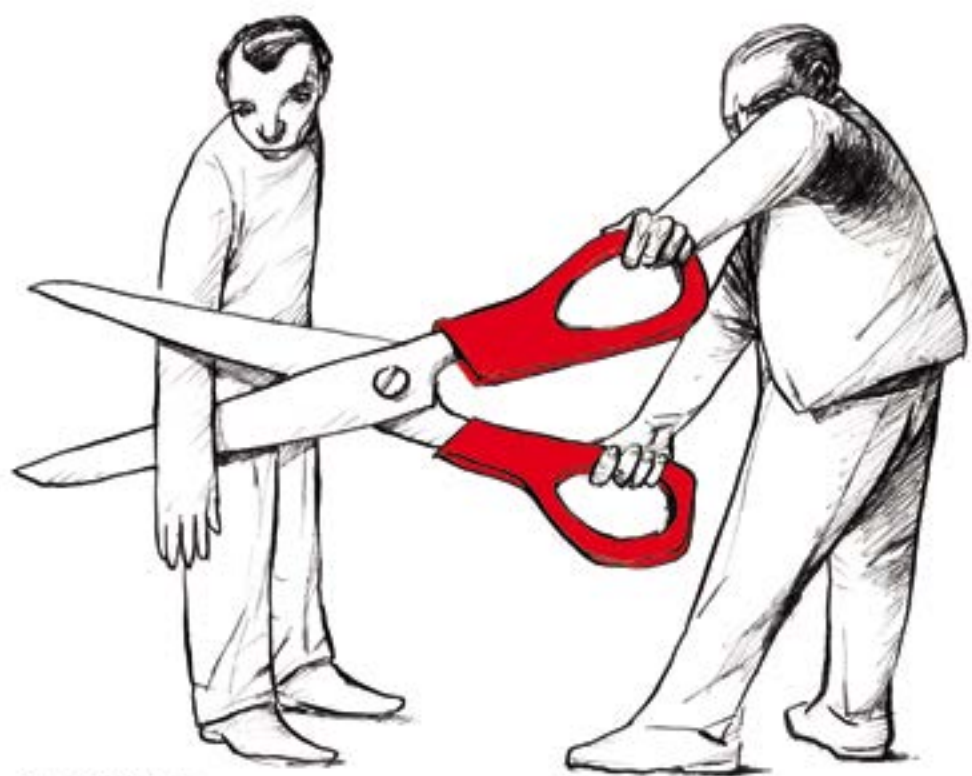
¹ https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf

² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25761544/>

³ María Ángeles Durán es Catedrática de Sociología en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y profesora especializada en el análisis del trabajo no remunerado y su relación con la estructura socioeconómica.

⁴ <https://www.fbbva.es/noticias/maria-angeles-duran-estado-solo-no-puede-cubrir-coste-del-cuidado-necesarios-servicios-privados-asequibles-alentar-voluntariado/>

⁵ https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944510329&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084#:~:text=El%20valor%20medio%20nacional%20de,de%2015.817%20euros%20por%20habitante.



J. J. J. J. J.

QUIÉNES SOSTIENEN EL TRABAJO DE LOS CUIDADOS

JONE ROBLEDO

Sostener. RAE. (1). tr. *Sustentar, mantener firme algo.* (2). tr. *Sustentar o defender una proposición.* (3). tr. *Sufrir, tolerar.* (4). tr. *Prestar apoyo, dar aliento o auxilio.* (5). tr. *Dar a alguien lo necesario para su manutención.* (6). tr. *Mantener, proseguir.*

Con este texto pretendo dar una visión respecto a los cuidados en relación con el concepto del trabajo desde una perspectiva sindical, feminista y de clase.

Creo que esta nueva era postpandémica nos está permitiendo situar los cuidados en el centro de muchos debates y reflexiones, pero la ausencia de la perspectiva de los cuidados como “trabajo” hace que se mantengan invisibilizadas todas y cada una de las actividades diarias de mantenimiento de la vida realizadas por mujeres y sin las cuales, como decía el lema feminista: *Se para el mundo*. Además, no reconocer que los cuidados son una serie de actividades que conforman un trabajo, los dota de un halo romántico que ha condicionado la voluntad de las que los efectúan.

Una de las dificultades para poner un marco político a los cuidados en esta nueva era tiene que ver con conceptualizar los cuidados desde todas las esferas que los abarcan: social, política, laboral, humana, económica, comunitaria y como ejes transversales a las anteriores, feminista y no colonialista.

Sólo atendiendo todas esas esferas, poniéndolas en común, podemos plantearnos qué son los cuidados y de ahí empezar a analizar quién cuida, a quién se cuida, cómo se cuida y con qué se cuida.

La otra gran dificultad tiene que ver con la apuesta económica de quienes diseñan las políticas públicas, o como reza un lema que las trabajadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio: *¡Si quieres calidad, la tienes que pagar!* Para eso es imprescindible hablar de modelo de sistema de cuidados.

Si bien es cierto que los cuidados tienen una función vital en la organización, desarrollo y armonía de una comunidad, igual de cierto es que las sociedades, en cualquier parte del mundo, nunca se han preparado para soportar la avalancha de trabajo que supondría una huelga indefinida de cuidados.

Y es que, la cohesión social que garantiza que una sociedad avance en plenitud económica, política y social ha contado con el trabajo de las mujeres para sostener las vidas de las comunidades. En la actualidad, como consecuencia de las huelgas feministas de los años 2018 y 2019, y en 2020 como consecuencia de la pandemia mundial de la Covid-19, queda en clara e insoportable evidencia el *carácter vintage* del estado de bienestar para hacer frente a los cuidados.

Propongo hacer un pequeño ejercicio para recordar qué nos tocó hacer el 12 de marzo de 2020, ante el cierre sin previo aviso de centros educativos y centros de día, mientras el resto de la economía continuaba sin cesar. O cambiando el enunciado de la pregunta: ¿dónde estábamos el 12 de marzo de 2020 para que la economía continuase sin cesar?

Tanto fue así, que se pudo constatar una desigualdad estructural, que las mujeres ocupen más de las tres cuartas partes de los cuidados no remunerados suponía graves desigualdades para su salud, salario, empleo, vida social, política... Tanto fue así, que se empezó a recoger en algunas propuestas y agendas políticas como un problema colectivo político y social.

La agenda feminista y la sindical han recogido históricamente los cuidados, tanto en el análisis teórico (siendo el fundamento de la economía feminista) como en la reivindicación de las condiciones laborales de las mujeres de los sectores de los cuidados, haciéndose sus propuestas especialmente visibles en los años de elaboración de la *Ley de Dependencia* (2006) y en torno a la crisis derivada de la COVID-19 (2020 en adelante).

En 2021, las cuatro organizaciones sindicales más representativas de Euskadi, convocaron dos jornadas de huelga en todos los sectores de los cuidados, reivindicando la mejora de las condiciones laborales de las trabajadoras, de los servicios sociales y por un modelo de sistema de cuidados en el que se integraban sectores como la intervención social, el servicio de ayuda a domicilio, las residencias de mayores, la enseñanza y el sistema sanitario. Así decía parte de uno de los comunicados de los sindicatos convocantes:

Vamos a la huelga el 26 de enero porque las ratios de estos servicios son insuficientes, porque las condiciones laborales son precarias y la negociación colectiva está estancada o es inexistente. Porque en servicios sociales y cuidados conciliar la vida personal, laboral y familiar resulta demasiadas veces imposible, porque la exposición a riesgos es muy alta y apenas reconocida, porque la falta de garantía de financiación suficiente por parte de las administraciones públicas añade riesgo a los puestos de trabajo.

Otro dato. Durante el año 2023, CCOO de Euskadi convocó 21 huelgas en los sectores de cuidados. Un total de 259 días en las que 41.806 personas estuvieron llamadas a no acudir a su puesto de trabajo, a no cobrar por las huelgas realizadas para que su ausencia tuviese una repercusión laboral, social, política y económica.

Parte de esas huelgas las protagonizaron las compañeras de SAD de Bizkaia, que tras 8 años sin convenio y sendas jornadas de huelgas, consiguieron dignificar su trabajo laboral y socialmente. Se manifestaron de forma incesante e incansable por las calles de Bilbao frente al ninguneo de sus empresas y el pasotismo de las Administraciones públicas que son, en definitiva, las contratadoras del servicio que prestan.

Además, demostraron una vez más, que, a pesar del ninguneo a su reclamación y las dificultades que para organizarse supone la falta de un centro de trabajo, no es sino la organización de las trabajadoras la que garantiza su dignificación. También es importante destacar que la repercusión mediática llegó cuando en un pleno del Ayuntamiento de Bilbao se levantaron las camisetas mostrando las reivindicaciones en sus torsos desnudos.

Teresa Torns dice que “los cuidados son el trabajo femenino renombrado”. El concepto feminista “división sexual del trabajo” es clave para entender por qué los cuidados han recaído histórica y exclusivamente en las mujeres siendo este el origen de las desigualdades estructurales y de muchas de las discriminaciones indirectas que sufren las mujeres como la segregación vertical y horizontal o la brecha salarial.

La división sexual del trabajo es el concepto que explica cómo cada sociedad organiza la distribución del trabajo entre los hombres y las mujeres según los roles de género establecidos para cada sexo. El efecto de esta forma de organización social deja las tareas consideradas productivas en manos de los hombres y las reproductivas en las de las mujeres generando ciudadanos de primera y ciudadanas de segunda. Porque las actividades reproductivas aunque son indispensables para el mantenimiento de todas las vidas, se dan en el ámbito privado lo que las hace invisibles, no son remuneradas, no están reconocidas socialmente ni están reguladas de manera que la posibilidad de que se den abusos sea mayor.

Mientras, las actividades que históricamente se les han asignado a los hombres en el ámbito llamado productivo se dan en el espacio público, lo que les otorga visibilidad social, están remuneradas, lo que garantiza el sostenimiento económico, tienen un reconocimiento social independientemente del sector laboral que se ocupe y su regulación garantiza que los derechos laborales estén blindados. Pero, además, la presencia en el mercado laboral garantiza la participación en la vida económica, sindical, política y social y este privilegio garantiza que las estructuras patriarcales dificulten avances más ágiles en la igualdad entre mujeres y hombres.

La división sexual del trabajo es la factoría de las discriminaciones laborales y sociales que padecen las mujeres. Una de sus consecuencias es la brecha salarial o la diferencia entre el salario medio de un hombre y de una mujer. La brecha salarial es una de las principales desigualdades económicas que padecen las mujeres como consecuencia tanto de la obligación de cuidar durante su trayectoria laboral, como por concentrarse laboralmente en sectores feminizados, ligados a los cuidados que se caracterizan por estar peor remunerados, por tener jornadas laborales parciales no deseadas y por su temporalidad, entre otras.

Otra consecuencia es que, debido a la ausencia de perspectiva de género en la salud laboral, se han normalizado las dolencias y enfermedades de las mujeres atribuyendo su origen a la biología y no como el resultado del trabajo ejercido. Esta forma de invisibilizar a las mujeres en la salud laboral sigue teniendo muchas aristas sin pulir, las más evidentes las encontramos en el campo de los riesgos psicosociales. Riesgos estos que se hacen muy presentes en los sectores de los cuidados:

También la segregación horizontal del mercado de trabajo tiene implicación en la exposición a riesgos psicosociales. La mayor presencia de mujeres en los sectores relacionados con los cuidados, como serían las residencias de la tercera edad o el sector de ayuda a domicilio, hace que se puedan ver expuestas a la tensión psicosocial que genera trabajar con situaciones que resultan dramáticas y pueden llevar a empatizar con las personas que las sufren. Si bien este proceso de empatía es natural en el ser humano, cuando ocurre asociado al trabajo tiene que verse como un riesgo psicosocial.

Lan Harremanak 2023. La aplicación del punto de vista de género para la defensa de la salud laboral de las mujeres trabajadoras. Alfonso Ríos Velada. Responsable de Salud Laboral de CCOO de Euskadi.

La historia hasta ahora contada relata cómo las mujeres han asumido desde la prehistoria las tareas reproductivas o de los cuidados en las distintas formas de organización. Este argumento ha servido para mantener la obligación de las mujeres a través de una moral judeo-cristiana, generadora del tan efectivo sentimiento de culpa por el que no cuidar a tu stirpe (entendida esta por hijos, padres, suegros, marido y así un largo etcétera de combinaciones familiares) es ir contra natura.

Seguro que nos suena este ejemplo. Una mujer X de entorno a 50 años, con una madre dependiente, pero a la que no otorgan el grado necesario de dependencia para un servicio público, lleva a X a cogerse una excedencia laboral para cuidarla. De esta forma X asume que aumenta el riesgo de perder su puesto de trabajo, que durante ese tiempo no recibirá salario y que se reduce la proyección de mejora en su carrera profesional. Es decir, su futuro se tiñe de esa precariedad que diagnosticamos como brecha salarial. Pero X ha tenido claro que el cuidado de su madre está por encima de su propia libertad de elección, que cuidarla es demostrarle a quien la ha sostenido su amor y compromiso vital.

Ejemplo de cómo la ausencia de un sistema fuerte e integrado de cuidados aparta e interrumpe las trayectorias laborales de las mujeres, se recoge en el *Informe sobre la situación laboral de las mujeres en el mercado de trabajo en la CAPV 2023 de CCOO de Euskadi* (<https://ccoo.eus/3491c658a340c7b9dc20b9f93348b7a5000056.pdf>).

El impacto sobre la participación en el mercado de trabajo (cuando existen menores, personas dependientes y/o mayores que requieren cuidados) es muy diferente en hombres y mu-

jeros, lo que es reflejo no sólo de un desigual reparto de responsabilidades familiares, sino también de la falta de servicios o servicios muy caros para el cuidado de menores, personas dependientes y/o mayores que requieren cuidados, y la falta de oportunidades para conciliar trabajo y familia. Según la EPA, en 2021, entre la población ocupada que trabajó a tiempo parcial por cuidar a personas dependientes, el 8% de hombres y el 11% de mujeres lo hizo al no haber servicios adecuados para cuidado de hijos u otros familiares, mientras que el 18% de mujeres alegó no poder costear los servicios de cuidado de hijos u otros familiares.

Además, la encuesta de Conciliación de la vida laboral, familiar y personal nos muestra que las mujeres siguen dedicando más tiempo a las actividades trabajo doméstico, trabajo de cuidados de menores y de personas dependientes.

Jose Angel Lozoya, habla del “escaqueo masculino” como la forma de resistencia de los hombres ante la demanda de las tareas domésticas:

Decir que no lo hacen porque no les enseñaron es olvidar todo lo que hacen que tampoco les enseñaron, e incluso les desaconsejaron, que son capaces de aprender casi todo lo que se proponen y que si viven solos acaban apañándose. Olvidan que los hombres diestros en lo doméstico son más autosuficientes y que si viven con una mujer es porque les apetece. Muchos padres aprenden que se educa con el ejemplo, que para cuidar hay que saber cuidarse, que cuidar es la mejor forma de demostrar cariño, aprender a ponerse en el lugar del otro, ver crecer y conocer a sus hijos/as, y que en la relación poco tiempo siempre es poco.

José Ángel Lozoya Gómez. Las políticas sociales de igualdad - movimientos sociales de hombres y cambios en los modelos de hombres. 2013.

https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/gizonduz_dokumentuak/es_def/adjuntos/jose.angel.lozoya.politicas.sociales.igualdad.pdf

Este ejemplo y los datos que refrendan esta situación representan a mi entender una estrategia generalizada y realmente útil para que los hombres, las empresas y los poderes públicos mantengan el privilegio de no tener que asumir los cuidados.

Por suerte, para desmontar razones biologicistas sobre el desigual reparto de roles, recientes estudios arqueológicos han demostrado que lo que en el imaginario colectivo visualizamos como hombres fornidos cazando y mujeres cuidando, no era tal:

Un nuevo descubrimiento arqueológico contradice las hipótesis de que la caza en la prehistoria fue un dominio exclusivo de los hombres.

Durante décadas historiadores y científicos han coincidido en asumir que la división del trabajo fue la norma en la organización de las primeras sociedades humanas: mientras los hombres se encargaban de la caza, las mujeres contaban

entre sus tareas con el cuidado y la crianza de los más jóvenes. Ahora no obstante el hallazgo del enterramiento de una cazadora de 9.000 años en las montañas de los Andes de América del Sur revela una historia diferente. El descubrimiento se detalla en una nueva investigación dirigida por la Universidad de California en Davis que se publica esta semana en la revista Science Advances bajo el título Female Hunters of the Early Americas. Las mujeres del neolítico también cazaban. Héctor Rodríguez. National Geographic. 9 de Marzo 2023.

Estudios como estos nos muestran que el androcentrismo, es decir, la visión del mundo y de las relaciones sociales centrada en el punto de vista masculino o la invisibilidad de las mujeres en cualquier ámbito, actividad o período histórico, está sostenido en el sistema patriarcal que a través del legado cultural ha grabado a fuego que en el relato de la prehistoria las mujeres se dedicaban en exclusiva al ámbito de los cuidados y las actividades delicadas.

Sistema patriarcal que en el ordenamiento jurídico español consolida la división sexual del trabajo a través de la definición del derecho laboral como “la rama del Derecho cuyos principios y normas jurídicas tienen por objeto la tutela del trabajo humano realizado de forma libre, por cuenta ajena, en relación de dependencia y a cambio de una contraprestación”.

El sistema patriarcal no sólo oprime a la mitad de la humanidad, también a su economía. Si los cuidados se reconocieran en su totalidad, es decir, sacando a la luz todos los invisibles, supondría el 9% del PIB mundial (*Propuesta de resolución del Parlamento Europeo sobre el fomento de una acción europea común en materia de cuidados (2021/2253(INI))*) y el 40% para el conjunto de España (Estudio del Instituto Aragonés de las Mujeres 2021. *El valor del trabajo de los cuidados no remunerados en Aragón*).

Esta invisibilidad, con consecuencias económicas deriva de un marco social construido y cimentado en la idea de los cuidados como un valor innato de las mujeres lo que hace que no requiera cualificación y por eso sean trabajos que se valoran poco.

En el estudio *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano* (https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2014/docs/Nuevas_profesiones_organizacion_social.pdf) dirigido por Teresa Torns Martín, de la Universidad Autónoma de Barcelona para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2014, ya se indicaba que dos de las grandes dificultades para el reconocimiento de la profesionalización de los servicios de cuidados de larga duración provenían de “la lógica de las profesiones existentes y de los imaginarios colectivos que amparan los valores, pautas y tradiciones familiares y culturales, hegemónicas en la sociedad española”.

La primera de las causas está referida a la existencia de una jerarquía entre las profesiones existentes que afecta a las tareas desempeñadas por las personas empleadas en los servicios de cuidados. La segunda se basa en la existencia del modelo mediterráneo de cuidados donde predomina el deseo de ser cuidado “en casa con la familia”.

El modelo mediterráneo de cuidados atribuido a países como España e Italia, basado en la familia como sostén del mismo, tiene a mi entender una lectura de alguna manera interesada. ¿Por qué los nórdicos no comparten este modelo? Considero que tiene que ver irremediablemente con las estructuras de servicios públicos o con su ausencia y no tanto con la presencia de la familia en el acompañamiento a sus mayores.

Asimismo, en los actuales debates y propuestas relacionadas con los cuidados y los retos demográficos, se presenta como una preocupación tanto la escasez como la falta de cualificación de las trabajadoras del sector. Esta idea forma parte de una narrativa empresarial interesada extendida a otros estratos sociales que ponen el foco en quien tiene que formarse para dignificar el trabajo y hacerlo posible. Es importante desterrar algunos mantras porque lo cierto es que no faltan profesionales del sector, sino que lo necesario para que se cubran los puestos de trabajo, es mejorar las condiciones laborales tanto económicas como organizativas de estos sectores.

Una noticia del 23 de septiembre de 2024 publicada en *El Correo* dice: “Muchas familias dan de baja a sus empleadas del hogar tras dispararse el coste por contratarlas. La subida del salario mínimo y la escalada de las cotizaciones provocan una sangría en este colectivo, que cae a mínimos y con una pérdida más acentuada en Gipuzkoa en el último año”.

El contexto de mejora de las condiciones laborales del colectivo de trabajadoras ha sido propiciado por la subida del SMI (fruto del acuerdo de las organizaciones sindicales y el Gobierno, sin el apoyo de las organizaciones empresariales) según resalta el artículo indicado. Además, también ha contribuido a esta mejora el desarrollo de algunos aspectos del convenio 198 de la OIT, como la publicación del RD 893/2024 por el que se regula la protección de la seguridad y la salud en el ámbito del servicio de hogar familiar.

Muchas son las cuestiones a analizar de la información que aporta este artículo. La primera, el número de trabajadoras a las que se ha dado de baja en la Seguridad Social en agosto a nivel estatal (3.360 mujeres) es un volumen lo suficientemente importante para que hubiera tenido una repercusión pública, política y social, de haber sido trabajadoras de cualquier empresa o sector afectado por un ERTE o un ERE.

Segundo, parece que “las bajas” derivan de la subida del SMI, por lo que se ven obligadas a dar de baja a las trabajadoras, ya que con esta subida tenerlas contratadas es un lujo.

Tercero, ¿qué nos hace pensar que estas mujeres han dejado de trabajar en los mismos hogares en los que estaban de alta en la Seguridad Social? El mismo artículo nos indica que de las 414.200 ocupadas en el sector, 54.000 están en la economía sumergida.

Si hay un trabajo de cuidados poco valorado, es el que realizan las trabajadoras de hogar. Trabajo en el que la desprotección de las trabajadoras contrasta con una valoración social que “empatiza” con las familias que deciden despedir por el aumento del coste económico de su trabajo. Familias que, en el caso de la CAPV, tienen una amplia diversidad de ayudas del Gobierno Vasco y Diputaciones forales para la contratación de trabajadoras de hogar.

Según el perfil del colectivo, indica el artículo, el 95,3% de las trabajadoras son mujeres, trabajan a tiempo parcial el 58,7% del total y el 44,2% tienen nacionalidad extranjera.

Las ayudas públicas para la contratación de trabajadoras de hogar, con la excusa de sacar a la luz la economía sumergida, es a mi entender, una forma de generar periferias laborales precarias.

O, dicho de otra manera, la ausencia de servicios públicos, o servicios que requieren un copago para su acceso, generan mercados alternativos más económicos y menos regularizados, es decir periferias laborales invisibles y con brecha racial y de clase.

Para conseguir un nuevo, fortalecido y actualizado pilar dentro del sistema de bienestar en la CAPV o sistema integral de cuidados, es imprescindible realizar un diagnóstico cuantitativo y cualitativo por parte de la administración pública, con el aval y seguimiento de los agentes sociales implicados, que contenga al menos, la siguiente información “quién cuida, a quién se cuida, cómo se cuida y con qué se cuida”.

Solo así sabremos qué mapa de cuidados se presenta en un territorio como Euskadi en el que la diversidad de Administraciones públicas con capacidad de ordenar y gestionar los cuidados genera cierto desequilibrio en los servicios que recibe la población.

Esto es, analizar el efecto desigual que supone que un territorio apueste por el servicio de ayuda a domicilio frente al territorio que apuesta por subvencionar la asistencia personal. Este dato nos dará reflejo de cómo se está cuidando en cada una de los territorios, en cada uno de los Ayuntamientos, pero sobre todo refleja con qué se está cuidando. No es el mismo el destino presupuestario para la subcontratación del Servicio de Ayuda a Domicilio, que subvencionar a las familias para que den de alta en el régimen de las trabajadoras de hogar a las asistentes personales. Y desde luego no son las mismas condiciones laborales de unas y otras derivadas de su capacidad de organización y negociación.

Es decir, ser conscientes de que la apuesta de las administraciones entre ofrecer un servicio a la ciudadanía u ofrecer subvenciones para cubrir necesidades de conciliación, afecta directamente sobre los derechos laborales de quienes sostienen los cuidados.

Este diagnóstico también nos daría una panorámica de la apuesta económica por el sistema porque, sin duda, la base para que se pueda sostener un marco político o un sistema integral de cuidados, tiene que ver con cómo entendemos las necesidades actuales y a futuro de la sociedad con respecto a los mismos y sobre todo cómo se les quiere dar cobertura presupuestariamente.

De ahí definiciones como público, universal, copago, subcontratación, colaboración público-privada, comunitario... deberían estar bien definidas y reconocidas por el conjunto de la ciudadanía. Solo de esa forma entenderemos qué tipo de servicio voy a recibir y las condiciones de quien está detrás sosteniéndolo y si tengo que aportar parte de mis ingresos para hacer uso del mismo.

Democratizar la información por parte de los poderes públicos es esencial en un período como el actual en el que lo público y universal ha dado paso a los sistemas en los que, como en el educativo o el sanitario, la concertación tiene un espacio con cada vez más peso.

Por ejemplo, cuando las instituciones hablan de la red pública de residencias nos conviene saber que casi el 85% de las plazas residenciales de Euskadi están bajo la gestión de empresas o entidades privadas, y prácticamente la mitad de ellas, en manos de los principales grupos de empresa del sector (Domus Vi, Vitalitas, Igurco, GSR, Caser, Sanitas, Matia...).

Pero el negocio no viene solo de la concertación de plazas con las Administraciones. Uno de estos grupos manifestaba lo siguiente en su informe para accionistas:

Generalmente, los actores privados operan instalaciones mixtas con camas tanto privadas como públicas. Las camas públicas permiten al operador absorber los costes fijos, mientras que las camas privadas son una oportunidad para obtener beneficios. De hecho, no existe control de precios sobre las camas privadas y es previsible un mayor beneficio en relación con las camas privadas, a la luz de la mejora de las condiciones económicas, las largas listas de espera para las camas públicas y los cambios demográfico. No solo es un negocio ahora sino que se le presume una rentabilidad futura.

Fuente: Manuel Rico. ¡Vergüenza! El escándalo de las residencias. Editorial Planeta.

Los cuidados no pueden ser un negocio: la rentabilidad de los grupos residenciales, las condiciones laborales de las trabajadoras de los sectores de cuidados o la falta de responsabilidad de las administraciones en los conflictos laborales con las subcontratas que han licitado para dar el servicio público, los concursos públicos de los servicios entendidos como subastas a la baja... nos indican que cuando se gestiona lo público como nicho de negocio tiene consecuencias penosas para las personas usuarias del servicio y para las trabajadoras que lo sostienen en primer lugar y para el conjunto de la sociedad en segundo.

Tras este análisis y a mi entender, frente a los beneficios capitalistas y las prospecciones económicas de la *silver economy*, urge un gran acuerdo por un sistema integral de cuidados que, partiendo de un diagnóstico completo, atienda los cuidados como un derecho subjetivo sobre el que armar un nuevo pilar de bienestar feminista, público y universal adecuado a una sociedad moderna, cuidadora, diversa y solidaria.



LOS CUIDADOS COMO TRAMPA PARA SOSTENER LA EXPLOTACIÓN LABORAL

MARÍA JUNCAY

Empezamos diciendo que el régimen del empleo de hogar interno tiene que erradicarse, si queremos construir un nuevo modelo de cuidados dignos para las dos partes, las personas que consumen los cuidados como las profesionales que trabajamos en este ámbito.

En casi la mitad del empleo de hogar externo y la totalidad del trabajo interno se trata de cubrir las necesidades de atención y de cuidados permanentes a personas mayores con valoraciones de 1, 2 y 3 grado de dependencia, o a personas con unos diagnósticos crónicos que optan por terminar su vida dentro de sus domicilios.

El Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 repartirá 783 millones de euros para financiar el sistema de atención a la dependencia en España y compromete a las Comunidades Autónomas a mantener su inversión.

Se priorizarán los cuidados en el domicilio (cuidados permanentes 24/ 7), la teleasistencia y centros de día.

Propuestas estratégicas:

1. Que, además de los centros de día, se creen centros nocturnos (pernocta para las personas mayores que demanden acompañamiento nocturno en sus casas, y así poder paliar la soledad de estas personas), de modo que la trabajadora que entra a trabajar a las 8:00 le recoja al usuario de dicho centro y le lleve a su casa y le atienda hasta las 15:00 y se retire a conciliar su vida familiar. Aquí, entraría el SAAD hasta las 18:00. Otra vez entraría la trabajadora de cuidados al paseo terapéutico llevarle al centro nocturno.
2. Cuidados jornalizados: tres jornadas de 8 horas repetidas entre tres trabajadoras. Esto salvaría a miles de mujeres migradas que están sometidas a la economía sumergida y a la sobreexplotación moderna.
3. Suprimir la atención domiciliaria o aumentar a 8 horas de servicio, de modo que se cree un vínculo humano entre la persona que demanda cuidados en su casa con la trabajadora. De esta manera se paliaría el estrés laboral y la salud mental.

4. Los hombres autóctonos y migrados también tendrían o deberían entrar en esta bolsa de empleo, si seguimos luchando por la igualdad de género en los cuidados

El sistema, la sociedad y todas las instituciones deben tomarse en serio el tema del cuidado al adulto mayor y aplicar o crear nuevas leyes y políticas que sean coherentes con el cambio generacional y demográfico, sin olvidar el fenómeno de la inmigración que no trae más que riqueza y oportunidades para que este país sea diverso y siga construyéndose sin perder de vista todas las alternativas posibles.

Para finalizar quiero mencionar a todas las organizaciones lideradas por mujeres migradas y racializadas que estamos luchando y resistiendo como focos de esperanza por todo el estado español, para que se reconozca nuestro trabajo como una profesión con todos sus derechos, y, cómo no, mencionar a las 350 mujeres que integran *Emakume Migratu Feministak Zaintzaile Soziosanitariak Elkarte*, que están realizando ahora mismo cuidados internos las 24 horas, todos los días de la semana.

#ErradicaciontrabajodelaInternacional #RegularizacionYa #Porquesinnosotrasnohaycuidados
#Hastaquetodassalgamosdel24/7

#ZAINLAB. UNA APUESTA DECIDIDA, CONTINUADA, Y AÚN INACABADA, POR EL EMPLEO DIGNO EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS

ALFONSO GURPEGUI

El 3 de setiembre de 2020, el Parlamento Vasco iniciaba la XII legislatura, y el 8 de ese mismo mes, una vicelehendakari socialista, Idoia Mendiá, asumía la responsabilidad del Departamento de Trabajo y Empleo en el Gobierno Vasco. Antes de la finalización de ese año, se iniciaba una aventura, que más tarde se denominaría #ZainLab, que perseguía la identificación de oportunidades y palancas que permitieran la emergencia de nuevos perfiles y roles profesionales en el ámbito de los cuidados y la dignificación del trabajo en este sector.

Quienes decidimos iniciar esa aventura éramos y somos conscientes del escenario que afecta a los cuidados y que tan bien describe Fernando Fantova en su blog: “En un escenario tan desordenado y carente de dirección, pertenece al género del pensamiento mágico esperar una dinámica de investigación, desarrollo e innovación tecnológica y social mínimamente consistente. Los viacrucis en los que tantas veces se convierten en nuestro entorno este tipo de iniciativas nos lo recuerdan una y otra vez”. www.fantova.net/2024/06/03.

También éramos y somos conscientes de que, desde hace años, han sido múltiples los

estudios desarrollados sobre “los cuidados”, desde una perspectiva económica, apuntando su capacidad de generación de empleo (desde el *Libro blanco de la Unión Europea* en 1993 hasta los estudios realizados sobre el valor económico que aportan los cuidados a la riqueza de global de nuestra sociedad, como “la riqueza invisible de los cuidados” de María Ángeles Durán en 2018, por poner solo dos ejemplos). Y que, a pesar de ello, aún no hemos conseguido que alrededor de los cuidados emerja un sector económico estructurado y, aun menos, que los empleos que se generan en este ámbito de actividad respondan a los estándares de empleo decente y de calidad.

Pero, a pesar de ello, éramos y somos conscientes de que este sector requiere atención por parte de los poderes públicos que atienden al mundo del empleo, porque emplea a cada vez más trabajadoras, porque es una necesidad que va a seguir creciendo por el incremento de la esperanza de vida, porque los cambios sociales y familiares que han hecho que los cuidados salgan del estricto ámbito doméstico no tienen vuelta atrás y porque la lectura feminista de los cuidados

va teniendo mayor importancia y relevancia, entre otras muchas razones.

Así que, desafiando el pensamiento mágico, desde el Departamento de Trabajo y Empleo del Gobierno Vasco iniciamos una alianza con el grupo SSI, para avanzar en una dinámica de investigación, desarrollo e innovación tecnológica y social. Una dinámica que ha durado toda la XII legislatura y que continuará con el actual equipo, liderado por otro vicelehendakari socialista, Mikel Torres.

Sabíamos que en ese camino necesitábamos la complicidad de muchos agentes, algunos con implicación directa en el ámbito de los cuidados, como los servicios sociales y la salud, las Diputaciones y los Ayuntamientos, pero también de otros sectores que, hasta la fecha, no se había incorporado suficientemente al ámbito de los cuidados, como la vivienda o la tecnología, o los agentes del ámbito socio laboral, como la patronal y los sindicatos. También conocíamos la multiplicidad de iniciativas que se están desarrollando en nuestro País, desde otros Departamentos del Gobierno Vasco, desde las Diputaciones, los Ayuntamientos y las entidades privadas (del tercer sector o no) proveedoras de formación o servicios.

Por ello, los primeros trabajos de esta aventura #ZainLab, consistieron en hablar, consensuar, construir una alianza con todos los sectores implicados, desde el respeto a los trabajos que se están desarrollando en los territorios en el ámbito de los cuidados y el empleo, porque, aunque nuestro trabajo se centra en el ámbito del empleo, necesitamos de las diferentes miradas: de la salud, de los servicios sociales, del sistema de la vivienda, de la tecnología, de la educación, de la ética,

para construir un sistema de cuidados integrado por todas las disciplinas que intervienen en él. Y desde esa alianza propusimos un trabajo conjunto que nos permitiera identificar necesidades insuficientemente satisfechas, otras que actualmente no tienen respuesta, así como nuevas demandas de las personas, y transformarlas en nuevas competencias y roles profesionales y nuevas capacitaciones o analizar el potencial de la tecnología y valorar su incorporación a determinadas tareas de intervención social, y de gestión de los programas y servicios de cuidados.

Durante los años 2022 a 2023, se trabajó alrededor de cuatro focos de intervención:

- profesionalización del cuidado, y reciclaje de profesionales,
- formación en nuevas competencias y silverización,
- nuevos perfiles y roles profesionales,
- apoyo para el emprendimiento en la *silver economy*.

En lo referido a la profesionalización del cuidado, hemos implementado el programa de formación para trabajadoras en el hogar, denominado Mentsad, con una metodología presencial y de autoformación, que permite acceder al dispositivo de acreditación de la experiencia a trabajadoras que no poseen formación certificada. Se han desarrollado programas de formación continua en *Atención integrada en los cuidados profesionales a la persona con enfermedad crónica*, *Atención y apoyo en el cuidado de la etapa final de la vida en domicilios e instituciones* y *Estrategias de autocuidado para la persona cuidadora profesional*. Y se ha diseñado un programa de intercul-

turalidad y un servicio de orientación, que será implementado durante 2025.

En el ámbito de la formación en nuevas competencias y silverización, se ha elaborado una herramienta de valoración de competencias avanzadas, se han diseñado contenidos formativos para cada una de las competencias de la herramienta, se ha diseñado un programa formativo de sensibilización para personas directivas y un programa formativo competencias avanzadas para personas de atención directa.

En el ámbito de nuevos perfiles y roles profesionales, se ha desarrollado el mapa de competencias de "Auxiliar para la coordinación sociosanitaria", "Trabajadora social en coordinación con el sistema sanitario" "Enfermera en coordinación con el sistema social", "Fisioterapeuta especializada en fragilidad", "Conectora comunitaria", "Conectora personal", "Tecnóloga social", "Promotora de salud musculo esquelética" y "Arquitecta para la promoción de espacios inclusivos de uso público".

Y en el foco de intervención de apoyo al emprendimiento en la *silver economy*, se han desarrollado las Jornadas Go Social (sensibilización hacia la *silver economy*), cuatro jornadas de sensibilización y difusión en otras tantas comarcas, Jornadas de Formación Grupal en Silver Economy y un programa de *Mentoring* a personas emprendedoras con proyectos en este sector.

Durante 2024, el esfuerzo ha estado centrado en compartir todo el conocimiento y la experimentación acumulada en estos años y propiciar un avance en lo que hemos identificado como *Cadena de valor de las*

actividades profesionales y los empleos en la Economía de los cuidados de longevidad. Esta nueva etapa, que tendrá continuación en 2025 y que se incorpora a las líneas de cualificación y recualificación en las que se sigue trabajando o de implementación de nuevos perfiles profesionales como el de tecnólogo social, se ha denominado #ZainLab Hub. El objetivo de este nuevo periodo se centra en "Contribuir a la mejora, el desarrollo y la promoción de la economía de los cuidados y la longevidad a través del diseño, la experimentación e implementación de acciones innovadoras desde la perspectiva del empleo y la capacitación, y mediante la activación de comunidades expertas integradas por agentes públicos y privados involucrados en el ámbito del empleo, la formación, la innovación e investigación y los cuidados, en el marco de la transición demográfica que la propia Estrategia Vasca de Empleo 2030".

Esta nueva etapa, supone considerar a #ZainLabHub como el espacio de encuentro del conjunto de agentes públicos y privados que se activaron durante el periodo anterior, así como de otros más que puedan incorporarse, por lo que, la escucha y el diálogo son el canal de base para el despliegue de este nuevo tramo del camino. Con este objetivo se han definido dos grandes líneas de trabajo, la primera hace referencia a la exploración del horizonte ocupacional y de competencias y la segunda a la profesionalización, atracción de talento y conexión de la oferta y la demanda. Los proyectos que se están desarrollando recorren diferentes aspectos como la prospección de empleo, competencias, capacitaciones y necesidades de formación, prospección de redes y agentes clave, bue-

nas prácticas o desarrollo de un sistema de transferencia del conocimiento. También se contempla la construcción de una comunidad de profesionalización del cuidado en el hogar a particulares y otra comunidad de atracción de talento, *Upskilling y Reskilling*.

La Ley 15/2023, de 21 de diciembre, de empleo, aprobada en el Parlamento Vasco, prevé la configuración de una red vasca de innovación en empleo e inclusión, en la que hemos empezado a trabajar desde el Departamento de Economía, Trabajo y Empleo del Gobierno Vasco. #ZainLabHub será, un nodo temático o especializado sobre empleo en la economía de los cuidados y la longevidad dentro de esa red, a la que aportará la experiencia desarrollada durante estos años en innovación metodológica de formación, en investigación sobre nuevos perfiles y roles profesionales, en la transversalidad institucional y en la interdisciplinariedad del conocimiento.

Desde el Departamento de Economía, Trabajo y Empleo consideramos que este sector supone una oportunidad de empleo para personas que no lo encuentran o tienen un empleo precario, y por ello nos embarcamos en esta aventura. En un análisis prospectivo, calculamos que las nuevas profesiones y la especialización de otras existentes, alrededor de los cuidados de larga duración pueden generar más de 40.000 de empleos en esta década en Euskadi y, por lo tanto, suponen un nicho de oportunidad que queremos abordar sin esperar más. Y eso es lo que estamos haciendo también desde una perspectiva del empleo y de su calidad.

Pero esta apuesta requiere también la consolidación de un sector, el de los cuidados de larga duración, que aún desconoce-

mos cómo va a configurarse en el futuro, qué papel va a desempeñar el sector público y el privado, quien va a soportar el coste de su desarrollo. La profesionalización de las trabajadoras, la aparición y desarrollo de nuevos perfiles y roles profesionales, la incorporación de la tecnología, entre otros factores, son condiciones necesarias, pero no suficientes para la consolidación de este sector. Para avanzar con éxito en este objetivo, se requiere también que Euskadi cuente con una "organización eficiente que articule, vertebre y configure las respuestas relativas a los cuidados para toda la población que ponga en valor y prestigie los cuidados, a través de la innovación y basado en el establecimiento de alianzas entre la red formal e informal, las instituciones públicas y el sector privado, asociativo, social y comunitario". (Programa electoral PSE-EE, autonómicas 2024).

Por todo ello es necesario un compromiso político y ciudadano en torno a los cuidados, valorarlo, considerar su coste, ordenarlo, prestigiarlo, en un trabajo de largo recorrido, que requiere la contribución y el compromiso de agentes sociales y políticos.

Esperamos que todas estemos a la altura de este gran reto y conseguir la dirección necesaria para que el escenario de los cuidados se ordene y posibilite una dinámica de investigación, desarrollo e innovación tecnológica y social. El compromiso del Departamento de Economía, Trabajo y Empleo de Gobierno Vasco es claro, queremos contribuir a través de #ZainLab el desarrollo en Euskadi, de un sector económico estructurado vinculado a los cuidados y a la longevidad, con empleos públicos y privados de calidad. ¿Alguien se apunta?

LA GOBERNANZA DEL FUTURO SISTEMA VASCO DE CUIDADOS

FÉLIX ARRIETA FRUTOS

1. Introducción

¿Por qué hablar de cuidados? ¿Y por qué hablar de gobernanza? Las siguientes páginas pretenden provocar una reflexión imprescindible en ambos sentidos. Cuarenta y dos años después de la aprobación de la primera ley vasca de Servicios Sociales; cuarenta y cinco después de la aprobación del *Estatuto de Gernika*, y cuarenta y seis después de la aprobación de la *Constitución española* ha llegado por fin el momento de que los cuidados y la gobernanza de su sistema de políticas públicas pasen a un primer plano en el debate académico, social y, sobre todo, político, que haga que se tomen decisiones relevantes en los próximos años.

2. Los cuidados y su incorporación al imaginario político en Euskadi

La década de los años 20, que ya avanza hacia su ecuador, no puede entenderse en estos años dos mil sin analizar el fenómeno de los cuidados. Si esta misma década del siglo XX, cien años atrás, es recordada bajo el slogan de “los felices años 20”, no creo que sea muy aventurado afirmar que esta que estamos viviendo en la actualidad podrá ser recordada como “la década de los cuidados”, probablemente no tan “feliz” como la de hace 100 años, pero fundamental en términos de construcción de derechos y nueva perspectiva de ciudadanía. Esto se debe a múltiples factores.

En primer lugar, al incansable trabajo del movimiento feminista que ya en las convocatorias de huelga previas a la pandemia comenzó a trabajar por una agenda que incorporara la centralidad de los cuidados. En segundo lugar, el contexto de la pandemia y postpandemia generó un cambio de perspectivas y prioridades en los que los cuidados comenzaron a emerger con singularidad propia. Como consecuencia de estos dos factores principales, tanto la academia como la propia administración pública han comenzado a hablar de forma masiva de cuidados, implementando programas piloto y redactando artículos que ponen dicha experiencia en el centro. Como tercer factor, el impacto que la academia y que algunas administraciones comienzan a ejercer a este respecto no es menor de cara a la opinión pública.

Como muestra un botón: en las últimas elecciones al Parlamento Vasco de abril de 2024, todos los partidos políticos recogían, de una u otra forma, propuestas sobre cuidados en sus programas electorales. El alcance e intensidad de dichas propuestas es algo que sólo la legislatura que apenas comienza podrá demostrar. En cualquier caso, el reto de construir un sólido sistema de cuidados es fundamental para Euskadi.

3. La institucionalidad actual y los cuidados

En un libro publicado el pasado año (*Zaintzaren hariak. Oihal berri baterako bideak ehun-tzen*. Elkar, 2023), afirmaba, con cierta rotundidad, que no existe tal cosa a la que llamar Sistema Vasco de Cuidados. También llevo bastante más tiempo poniendo en duda la articulación de lo que en realidad debería dar soporte a lo anterior: el Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Ambas cuestiones, como no podía ser de otra manera, están planteadas con un objetivo claro de provocar el debate, desde la honestidad intelectual de que éste es necesario, si es que en algún momento queremos avanzar en la configuración de un verdadero sistema de cuidados, que nos ofrezca una garantía de derechos de ciudadanía. Pero, evidentemente, ha habido hitos importantes para la institucionalización que es necesario tener en cuenta a la hora de pensar en próximos pasos.

Desde una perspectiva estatal, es imprescindible hablar de la *Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y de atención a las personas en situación de dependencia*, más conocida como *Ley de Dependencia*. La *Ley de Dependencia* estableció el derecho subjetivo a las prestaciones y servicios definidos en la propia Ley y estandarizó un instrumento de valoración, el BVD, empleado ya para valorar todas las situaciones de dependencia. Todas las leyes autonómicas aprobadas con posterioridad a ésta son deudoras de su perspectiva, en cuanto a definición del derecho subjetivo y definición de prestaciones y servicios. Sin embargo, no puede decirse que una vez que la Ley ha alcanzado su mayoría de edad, los resultados de su implementación hayan sido plenamente satisfactorios. En el informe de evaluación realizado en 2022, se afirma que, a pesar de que se pueda visualizar el entramado jurídico de un sistema estatal de cuidados de larga duración, los cuidados familiares siguen siendo la columna vertebral de los mismos (70% atendidos única y exclusivamente por personas cuidadoras familiares) y la mercantilización es un fenómeno creciente en el ámbito familiar (Rodríguez Cabrero & Marbán, 2022).

Desde una perspectiva vasca, las tres leyes de servicios sociales aprobadas hasta la fecha (1982, 1996 y 2008) han permitido configurar un modelo de atención en materia de servicios sociales que, aunque con una cartera de servicios clara y un cuerpo de profesionales bien consolidado, adolece aún de muchas lagunas, sobre todo en el ámbito de la gobernanza. Un pequeño recorrido entre algunos de sus elementos nos ayudará a entender esta cuestión.

La arquitectura del autogobierno vasco y, en consecuencia, de su sistema de bienestar es consecuencia de las decisiones tomadas en la década de los ochenta del pasado siglo. Una vez aprobado el *Estatuto de Autonomía* en 1979 (el primero de todos los que posteriormente se

aprobaron en la España autonómica) la asunción de las transferencias hizo posible que fueran naciendo los que hoy en día se reconocen como pilares esenciales del autogobierno vasco. De esta forma el desarrollo autonómico de los años siguientes hizo que Euskadi implementara un conjunto de políticas públicas que se pueden entender como la arquitectura de un estado de bienestar con identidad propia. Así, el sistema educativo y el de salud, junto con el sistema de rentas mínimas (desarrollado a partir de la aprobación de la Renta Básica) conformaron esta arquitectura. Este trio se complementa con el Sistema de Servicios Sociales formando así el cuarteto propio de los pilares de todos los Estados de Bienestar.

3.1. Una cartera de servicios en constante evolución

Aunque otros artículos de este mismo número hablarán de esta cuestión con más profundidad, es importante destacar que el desarrollo legislativo en Euskadi ha permitido la implementación de una cartera de servicios consolidada, aunque en constante evolución. Todos los municipios cuentan con servicios de atención, información y orientación, solos o de forma mancomunada. Existe una red de servicios consolidada, con un SAD extenso y extensivo o una amplia red de centros de día y residenciales en los tres Territorios Históricos. Esta red de servicios se ha complementado con una amplia oferta de prestaciones económicas que, desde la aprobación de la *Ley de Dependencia*, se han consolidado como primera opción para muchas familias, cuyo concurso sigue siendo fundamental en la construcción de los cuidados en Euskadi. El elemento fundamental es que el pago de las prestaciones económicas en la CAE ha estado garantizado por la capacidad y decisión de las Diputaciones Forales. La irrupción de lo local y lo comunitario se garantiza a través del imprescindible concurso del tercer sector, fundamental en la gestión y desarrollo de nuevos servicios y de la experimentación necesaria para que éstos sean posibles.

La mayoría de los servicios mencionados se encuentran en procesos de redefinición: El SAD, repensando su objeto, pero sobre todo la forma de atenderlo; los centros de día, redefiniendo su conexión con la comunidad y el territorio; los centros residenciales, en todo lo que tiene que ver con su modelo de atención; las prestaciones económicas, respecto a su cobertura y compatibilidad.

Todo ello, por lo tanto, en un espacio con amplio recorrido en cuanto a servicios, pero que mira para su (re)conversión a dos conceptos principales: cuidados y comunidad. Y que, para ello, tiene que pensar inevitablemente en todo lo referido a la gobernanza. Porque no se puede pensar, ni repensar, un sistema de cuidados en Euskadi si no se aborda y entiende su gobernanza desde, al menos, tres variables: marco competencial, coordinación y liderazgo y reconocimiento.

3.2. El marco competencial: una realidad de archipiélago fragmentado

El Sistema Vasco de Servicios Sociales posee una realidad competencial compleja, dividida en tres niveles institucionales. Esto es consecuencia del marco institucional en el que se sitúa y

del recorrido que éste ha realizado durante su implementación en los últimos 40 años. Así, el territorio histórico se convierte en la referencial para entender el desarrollo y recorrido del sistema, formando todos juntos una especie de archipiélago fragmentado con un catálogo común, pero distinta forma de interpretar dichos servicios.

El *Estatuto de Autonomía* de Gernika de 1979 asume como propia la competencia de “Asistencia social”¹ que la *Constitución Española* permite transferir a las Comunidades Autónomas en su artículo 148.20. Aunque no hay ningún artículo en la propia Constitución que recoja la literalidad de lo que hoy en día conocemos como servicios sociales, se entiende como un derecho protegido implícitamente por la *Constitución* (Alemán Bracho, Alonso Seco, & García Serrano, 2011).

El desarrollo de esta competencia en Euskadi se produce por dos vías principales. En primer lugar, a partir de la aprobación de la normativa específica en materia de servicios sociales. La Ley de 1982 (la primera en todo el Estado), seguida de las de 1996 y 2008 han ido dando forma a una manera de entender el sistema de servicios sociales. En segundo lugar, la aprobación en 1983 de la *Ley de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de los Territorios Históricos* (más conocida como *Ley de Territorios Históricos o LTH*) ha determinado la distribución competencial de esta materia específica. Comenzaremos por explicar esta última.

La *Ley de Territorios Históricos* es la Ley que determina, dentro de la Comunidad Autónoma de Euskadi, cuál es la distribución competencial que se tiene que producir entre los órganos comunes (Parlamento Vasco y Gobierno Vasco) y los Territorios Históricos (Juntas Generales y Diputaciones Forales). Es una ley clave para entender la arquitectura institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi, junto a la *Ley de Instituciones Locales de Euskadi* (o *Ley Municipal*, aprobada en 2016). Pese a que todas las leyes aprobadas por el Parlamento Vasco tienen el mismo rango normativo (y por lo tanto una ley posterior puede modificar la ley anterior) no pocas voces han calificado la *Ley de Territorios Históricos* como la Constitución interna de la Comunidad y aquella que le dota de su carácter federal (Gallastegui & Gallastegui, 1986; Goikoetxea, 2013; Novo, 2010).

Pues bien, la *Ley de Territorios Históricos* de 1983 determina en su artículo 7c que en materia de asistencia social son los Territorios Históricos (las Juntas Generales y las Diputaciones Forales) los responsables de ejecutar, cada uno en su ámbito territorial aquello que las instituciones comunes (el Parlamento Vasco) legislen. Esta distribución competencial se completa con lo que afirma la *Ley de Bases de Régimen Local de 1985*, de ámbito estatal, respecto a la necesidad de que todos los municipios mayores de 20.000 habitantes tengan que ofrecer a su ciudadanía atención en el ámbito de los servicios sociales.

Así pues, la distribución competencial ofrecida por las leyes específicas de servicios sociales aprobadas en la Comunidad Autónoma de Euskadi es deudora de este escenario legislativo previo. En lo que se refiere al ámbito específico de los servicios sociales tanto la Ley de 1996

como la de 2008 dibujan un escenario de responsabilidades compartidas: legislación y planificación para las instituciones comunes (Parlamento y Gobierno Vasco) y ejecución para los órganos forales y municipales (la Ley de 1982 fue aprobada antes que la propia arquitectura institucional). La ley de 1996 va un paso más allá de lo que marca la ley estatal en materia municipal y determina que *todos los municipios*, no sólo los mayores de 20.000 habitantes tienen que ofrecer asistencia en materia de servicios sociales. Esto lo podrán hacer de en solitario o de forma mancomunada. Respecto al reparto de responsabilidades entre Ayuntamientos y Diputaciones, es la Ley de 2008 la que ofrece una mayor claridad. La Ley de 1996, a través del decreto 155/2001, trató de hacer una distinción en la oferta de servicios en base al nivel de dependencia de las personas usuarias². La *Ley de Servicios Sociales* de 2008 clarificó mucho esta situación y creó el nivel de atención primaria y el nivel de atención secundaria, asignando a cada uno de estos niveles un ámbito competencial (municipal y foral) y unos servicios específicos recogidos en el catálogo de servicios.

Esta realidad nos deja ante un escenario de competencias repartidas que podríamos calificar como una realidad multinivel. Una realidad multinivel aún más fragmentada que en otras comunidades autónomas de España ya que en la Comunidad Autónoma de Euskadi se introduce un tercer ámbito competencial (el foral) a los ámbitos ya presentes en otras comunidades: municipal y autonómico³. Y una realidad fragmentada que complejiza los procesos de intervención, pero también los espacios de toma de decisiones y gobernanza compartida. Una arquitectura institucional que ha condicionado durante 40 años su desarrollo y creado una realidad en forma de ‘islas’ que es necesario replantear.

3.3. Gobernanza y liderazgo: unos mecanismos ¿compartidos?

La *Ley de Servicios Sociales* de 2008 dibujó el órgano interinstitucional como el espacio imprescindible para la coordinación y la gobernanza compartida del Sistema Vasco de Servicios Sociales. En este espacio, convocado y liderado por el consejero o consejera del ramo, se juntan de forma paritaria⁴ los tres niveles institucionales con competencias en materia de servicios sociales: el nivel municipal, el foral y el autonómico. Aunque voces expertas como Enrique Sacanell definieran este espacio como el *consejo de administración del sistema*, la praxis y el recorrido que ha tenido el mismo ha demostrado que su función ha estado más vinculada a funciones de información y sólo en los momentos estrictamente necesarios, de coordinación.

Estos momentos “estrictamente necesarios” son aquellos en los que hay que aprobar la normativa de desarrollo de la *Ley de Servicios Sociales*, normativa que, por lo tanto, da cuerpo al propio sistema. Fueron necesarios siete largos años de negociaciones para aprobar, en el año 2015, el *Decreto de Cartera*, que regula las condiciones en las que se deben ofrecer los servicios recogidos en el catálogo del sistema y como tal, una pieza fundamental del mismo. Y, sin embargo, catorce años después siguen sin regularse cuestiones tan importantes como el

régimen de concierto con las entidades del tercer sector, la participación de las personas usuarias o el símbolo distintivo y la denominación del propio sistema.

Así, es posible afirmar que los mecanismos de gobernanza compartida previstos en la Ley se han convertido a fuerza de costumbre en mecanismos de información donde se refuerza el espacio propio de cada uno de los actores y se establecen pocos cauces siquiera para una lógica de coordinación compartida que imposibilita también cualquier tipo de liderazgo.

Aunque el sistema está pensado para funcionar en una lógica de liderazgo compartido, adolece de una falta de liderazgo claro. Cada nivel institucional lidera los proyectos que implementa y no existe una visión de conjunto que permita dar paso a una imagen de liderazgo compartido del mismo. La fragmentación derivada del reparto competencial, que hace a cada nivel institucional celoso de su ámbito de actuación y al Gobierno una función de coordinación que apenas ejerce no posibilita tampoco esta realidad. El liderazgo compartido deseable en un sistema de estas características no se produce finalmente incapacitado por las inercias de la propia estructura de este.

3.4. (Re)conocimiento del sistema: transitando por aguas desconocidas

De todas las áreas del estado de bienestar valoradas en el DeustoBarómetro Social⁵, la de los servicios sociales es siempre la que peor nota obtiene. Y esto ha sido así de forma continuada en los últimos diez años, moviéndose en una horquilla que va desde el 4,6 hasta el 5,1, cuya moda es el 4,9.

Este fenómeno no sucede porque la atención que se ofrece desde los servicios sociales sea mucho peor que la de otras áreas de las políticas públicas. Existe un amplio abanico de recursos a disposición de la ciudadanía y muchas profesionales que llevan adelante su labor de forma comprometida. Los resultados suelen ser, en líneas generales, satisfactorios. Esto sucede, porque el Sistema Vasco de Servicios Sociales es un gran desconocido para la ciudadanía. Y las razones de este desconocimiento pueden agruparse en tres grandes bloques.

En primer lugar, el propio concepto de los servicios sociales es más abstracto que los conceptos que describen otros sistemas de políticas públicas. Cuesta concretar su alcance en un primer pensamiento y esto es una dificultad clara en una sociedad como la nuestra, tan acostumbrada a reacciones basadas en la inmediatez.

En segundo lugar, las personas usuarias de los servicios identifican los mismos con el nivel competencial responsable (Ayuntamiento o Diputación) o con la entidad que lo presta (por ejemplo: Fundación Matia, Gorabide, Caritas, ...), pero cuesta identificar ese servicio como parte de un sistema más amplio. Esto sucede porque no existe una denominación común para todo el sistema, ni siquiera una imagen o logotipo con la que se pueda identificar. Estas herramientas, las imágenes y el simbolismo, tan sencillas en apariencia, son básicas para la conexión entre las personas usuarias y el sistema de políticas públicas.

En tercer lugar, la falta de debate público tampoco ayuda a generar un estado de opinión en torno al catálogo y desarrollo del sistema. El hecho de que la mayoría de los servicios dependan de los niveles foral y municipal hace que estos debates se produzcan en esta convocatoria electoral que no es la que más eco suele tener en el debate público. Los temas pasan más desapercibidos y cuesta más desarrollar posiciones políticas al respecto. Es cierto que el escenario postpandemia ha hecho con los temas relacionados con los cuidados tengan más protagonismo, pero la dificultad sigue siendo evidente.

Todos estos elementos hacen que la legitimación del sistema como tal en la sociedad vasca sea cuanto menos dubitativa en lo que se refiere a su identificación, conocimiento e implantación. Y la falta de legitimación del sistema es lo que hace que se dude de su propia existencia como sistema, al margen de los recursos y mecanismos que tenga para ello. El uso de una política pública, basada en la universalidad de ésta y el conocimiento que la ciudadanía tiene de los elementos que la sustentan, son variables clave para su apropiación y legitimación. Una política pública puede ser, como ha venido siendo Osakidetza, incluso el pilar que sostiene el propio autogobierno. No sucede así en el caso de los servicios sociales. En este apartado se ha reflexionado sobre el porqué. En los siguientes se propone dar un paso más en las variables necesarias para que esto cambie.

4. Elementos para la gobernanza de un Sistema Vasco de Cuidados

La construcción del Sistema Vasco de Cuidados tendrá que descansar obligatoriamente sobre la arquitectura del Sistema de Servicios Sociales. No se trata de un simple cambio de nombre. Otras personas debatirán en este mismo número lo que esto supone desde una perspectiva conceptual. Desde una mirada de la gobernanza del sistema, hay elementos y preguntas fundamentales a tener en cuenta en la construcción o (re)construcción del mismo que no pueden dejarse de lado.

Centralidad de la persona: El sistema de cuidados ha de pensarse desde la centralidad en la persona y en sus necesidades. La definición de los servicios, su estructuración y sus condiciones tendrán que repensarse también desde esta perspectiva. Así, además de las cuestiones relacionadas con el modelo de atención, poner la centralidad en la persona implica responder a estas preguntas:

- ¿Cómo se va a regular la aportación de las personas usuarias en los servicios? ¿Es necesaria?
- ¿Cómo se interpreta la universalidad de estos?

Todas las opciones vinculadas con las opciones de universalidad y copago serán fundamentales a la hora de entender los servicios y su naturaleza futura.

Comunidad: Un segundo elemento a trabajar es, sin ninguna duda, la naturaleza y complementariedad de la comunidad en el sistema de cuidados. La comunidad ha pasado de ser

algo estático, que 'está' a algo que no se puede dar por hecho y, por lo tanto, hay que trabajar desde un inicio. Trabajar con la comunidad implica trabajar construyendo comunidad, desde la lógica relacional, generando conexiones imprescindibles en el camino. Significa pensar que hace falta personas dedicadas a trabajar estas lógicas relacionales (Mora, 2021; Hermoso & Zúñiga, 2022). Siguiendo ejemplos de proyectos ya existentes, se trata de construir espacios de cuidado común desde la reciprocidad, conjugando lógicas comunes. Las preguntas pues, en este sentido serían:

- ¿Cómo construir lógicas comunitarias?
- ¿Cómo hacerlo en clave de complementariedad?

Marco competencial y gobernanza compartida: es necesario repensar y reordenar el marco competencial del Sistema Vasco de Servicios Sociales. El Sistema se cimienta en torno a un marco competencial que ofrece como resultado un escenario fragmentado en exceso que dificulta no sólo el continuum de atención imprescindible en el caso de las personas usuarias del sistema, también la toma de decisiones e incluso la financiación de este. La lógica de archipiélago (fragmentación) y de madeja (falta de continuo de atención) que se basa en un profundo conocimiento del mismo, debe ser superada si finalmente se produce el salto a un sistema de cuidados que aborde de forma holística a la persona y sus necesidades.

Una conclusión clara parece apuntar a que una concentración de competencias en manos de un menor número de instituciones podría ayudar a que el sistema sea más eficaz. En este sentido, la agrupación de competencias podría hacerse en dos instancias principales:

Agrupación a nivel municipal: en el que el municipio asuma un mayor protagonismo en el desarrollo de las políticas de servicios sociales de todo su entorno. Bajo el criterio de la proximidad algunos modelos de bienestar tienen en el municipio el principal proveedor de recursos.

Agrupación a nivel autonómico: en el que el gobierno regional asuma un mayor protagonismo en el desarrollo de las políticas de su entorno. Es el modelo que se da en la mayoría de las estructuras de carácter federal. En nuestro caso, las diferentes propuestas lanzadas hace ya algunos años en torno a la creación de un sistema de referencialidad única irían en esta dirección⁶.

Una tercera vía podría ser la de explorar la posibilidad de las comarcas como espacios de desarrollo y horizonte de trabajo. En cualquier caso, las preguntas clave que cualquier reforma de marco competencial debería preguntarse serían:

- ¿Cómo hacer que el sistema de cuidados ofrezca una atención en la que la organización esté al servicio de las personas?
- ¿Cómo hacer el acceso a los servicios lo más sencillo y accesible posible para las personas?
- ¿Cómo generar las estructuras de coordinación con el resto de los sistemas desde una clave de relación recíproca?

Además de esto, un sistema de políticas públicas que funcione como tal debe tener en su origen unos mecanismos de gobernanza compartida que permitan desarrollar el alcance de las políticas que pretenda implementar. En este caso pues, sería necesario pensar espacios de gobernanza compartida real, que respondan a una responsabilidad común de lo que supone un sistema en su conjunto, más allá de las áreas parciales de lo que cada uno representa. En este sentido, los elementos para la reforma de la gobernanza compartida tendrán que responder a estas preguntas:

- ¿Quién lidera el sistema? ¿Quién lo representa?
- ¿Cómo se denomina el sistema? ¿Con qué se identifica?
- ¿Cómo es el reparto de roles en los espacios de codecisión? ¿Cómo se producen los debates?
- ¿En caso de conflicto, quién articula soluciones?

Una profundización en elementos de gobernanza compartida no implica obligatoriamente diseñar mecanismos de liderazgo vertical. Las fórmulas de liderazgo horizontal o co-liderazgo pueden ser igual de válidas, tanto entre distintos niveles institucionales como las que se puedan arbitrar entre el ámbito institucional y el tercer sector social. Pero es necesario articular los espacios de gobernanza compartida del sistema como tal y no de los espacios particulares del mismo. Este es el principal reto al que dar respuesta en un futuro próximo.

5. Conclusiones: hacia un nuevo sistema de cuidados con una nueva gobernanza

El debate en torno a los cuidados ha venido para quedarse. El empuje del movimiento feminista y la importancia que el ámbito ha adquirido ha hecho que ocupen ya la centralidad del debate público y esto continuará siendo así, estoy seguro, en los próximos años. El nuevo Gobierno Vasco, constituido hace pocos meses, ha anunciado ya su voluntad de reformar la *Ley de Servicios Sociales*. Y aunque todavía no se sabe mucho de la dirección de la reforma, tendrá que contemplar esta perspectiva en su nueva articulación.

En la conferencia que pronunció por el décimo aniversario de esta misma Ley, que ahora se va a reformar, Manuel Aguilar pronunció una interesante conferencia en la que planteaba, siguiendo un símil marino si el ámbito necesitaba de una ciaboga o era necesario, irremediablemente, cambiar de trainera (Aguilar, 2019). Estamos, sin ninguna duda en un momento clave para una ciaboga importante en el que, valorando los elementos más importantes del proceso anterior, se puedan poner unos cimientos sólidos para los próximos años.

La gobernanza del Sistema Vasco de Servicios sociales ha sido hasta el momento un elemento secundario, supeditado a modelos que no eran propios, que se ha dejado llevar por la inercia institucional de un ámbito que no era relevante en el momento de la definición del sistema de autogobierno. Cuarenta años más tarde, en un momento de relevancia bien

distinto, ha llegado el momento de abordar de una vez por todas la variable clave de la gobernanza.

Tal y como hemos expresado en este artículo la gobernanza comprende elementos de índole competencial y de liderazgo, pero también de centralidad de la persona, de construcción comunitaria y de articulación territorial de todo ello. La gobernanza de un sistema de políticas públicas es el espejo en el que se mira la ciudadanía cuando acude al mismo. La legitimidad con la que lo construye. La satisfacción con el que lo mira. Y dada la relevancia que esto implica, es el momento de girar, de dar la ciaboga, de poner en primer plano la gobernanza y tomar las mejores decisiones a este respecto.

Hay que deshacer el archipiélago y la madeja. Es necesario que el sistema de cuidados genere elementos de referencialidad para las personas: en su denominación, en su institucionalidad, en sus profesionales, en la continuidad de su atención. Es imprescindible (re)construir un sistema que genere vinculación a las personas que lo habiten, porque sólo así conseguirá la robustez necesaria como para decir con orgullo que, efectivamente, supone un pilar imprescindible de las políticas del estado de bienestar.

Es el momento de empezar a dar los pasos imprescindibles para ello. El momento de pasar de las experiencias piloto a la consolidación sistémica. El momento de poner en práctica lo debatido en tantos congresos y jornadas. El momento de dar forma a un Sistema de Cuidados con una gobernanza de referencia, ágil y que sea un modelo duradero para los próximos años. Espero que estas páginas sean un buen comienzo para ello. Y que podamos seguir aportando en su construcción. Seguro que merece la pena.

NOTAS

¹ Esta era la forma en que en 1978 se entendía lo que hoy en día conocemos como “Servicios sociales”. El desarrollo de la denominación no sólo en el propio sistema sino también en la profesión que lo sustenta (de asistentes sociales a trabajadoras sociales) está ligado al reconocimiento de los derechos y la huida de la perspectiva asistencialista.

² Según lo recogido en el decreto las personas declaradas como dependientes serían responsabilidad de la Diputación Foral y las personas autónomas del ayuntamiento correspondiente. Esta distinción podía dar lugar a la paradoja de que un mismo servicio (imaginemos una residencia de personas mayores) pudiera estar financiada por dos instituciones distintas en función de cuántas personas usuarias autónomas o dependientes hubiera en cada momento.

³ A esta realidad fragmentada la hemos llamado en trabajos previos “el archipiélago vasco de los servicios sociales”. Para más información al respecto (Arrieta, 2019).

⁴ El sentido de la palabra “paritaria” según el decreto 101/2010 que regula el funcionamiento del Órgano Interinstitucional implica que haya tantas personas representantes del Gobierno Vasco (6) como del resto de instituciones en su conjunto: Diputaciones Forales (3) y Ayuntamientos (3).

⁵ El DeustoBarómetro Social es una encuesta de opinión llevada a cabo por la Universidad de Deusto cada seis meses. Liderada por la Catedrática de Sociología María Silvestre Cabrera, recoge las principales tendencias en el ámbito de las políticas públicas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Se puede consultar en la dirección barometrosocial.deusto.es

⁶ Muchas de las propuestas de reforma formuladas en la CAE por distintos autores se han formulado en esta dirección en lo que se ha denominado como “Modelo Gizakidetza” para fomentar dicho debate.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, M. (2019). “Ziaboga ala txalupa aldaketa? Gizarte zerbitzuen dilemak”. In *Gizarte zerbitzuei buruzko legearen 10. urteurrena* (pp. 39-58). Vitoria - Gasteiz: Eusko Legebiltzarra.

Alemán Bracho, C., Alonso Seco, J. M., & García Serrano, M. (2011). *Servicios Sociales públicos*. Madrid: Tecnos.

Arrieta, F. (2019). *El archipiélago del bienestar*. Madrid: Catarata.

Arrieta, F. (2023). *Zaintzaren hariak. Oihal berri baterako bideak ehuntzen*. Aduna: Elkar.

Ferran, A., Guinot, C., & Berasategui, A. (2019). *Gobernanza colaborativa para la inclusión social*. Madrid: Catarata.

Gallastegui, M. C., & Gallastegui, I. (1986). *Un análisis económico de la Ley de Territorios históricos*. Donostia: Eusko Ikaskuntza.

Goikoetxea, J. (2013). Nationalism and Democracy in the Basque Country (1979–2012). *Ethnopolitics*, 12(3), 268-289. <https://doi.org/10.1080/17449057.2012.711049>

Hermoso, A. & Zuñiga, M. (2022): “Servicios sociales, comunidad y cuidados a la dependencia: reflexiones desde Navarra y Euskadi a partir de la experiencia del covid-19”. *Zerbitzuan*, (77), 23-34.

Lowi, T. J. (1964). “American Business, Public Policy, Case Studies, and Political Theory”. *World Politics*, 4(16), 677-715.

Mora, S. (2021). “Hacia una comunidad de los cuidados. Conversaciones con Fernando Fantova”. *Iglesia viva*, (288), 59-74.

Novo, A. (2010). *La excepcionalidad del modelo federal foral vasco*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Rodríguez Cabrero, G. & Marbán Gallego, V. (coord) (2022). *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Subirats, J. (2010). “Si la respuesta es gobernanza cual es la pregunta”. *Ekonomiaz: Revista Vasca de Economía*, 74, 16-35.



¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE CUIDADOS?

ENTREVISTA CON FANY RAQUEL GALEAS

Cuando hablamos de “cuidados” hablamos de la necesidad de un “Modelo de País” donde se nos garantice el derecho efectivo a todas las personas a recibir cuidados profesionales del Estado, cuando los necesitemos y cuando sea imprescindible para nuestra subsistencia, de transformarlo desde un enfoque de derechos, de corresponsabilizar y socializar desde lo público. Es fundamental poner la vida de las personas en el centro en su atención y en su cuidado, de forma que ese trabajo no remunerado se transforme en empleo digno, en prestaciones sociales y en servicios para cuidar en condiciones de igualdad.

¿Se puede hablar de cuidados y feminización?

Si, y continúa vigente si lo llevamos a nivel individual. Se destaca que, dentro de las familias, el trabajo de los cuidados está feminizado: lo desempeñamos las mujeres en mayor proporción y con mayor intensidad que los hombres; es decir, somos nosotras las principales proveedoras del cuidado y, en su mayoría, sin recibir ninguna remuneración a cambio. Lo cual muchas veces repercute en la vida laboral: nos aparta del empleo, obstaculiza e interrumpe nuestras trayectorias profesionales.

¿Están bien organizados los cuidados?

No, y, desde nuestra perspectiva, el cuidado está implícito al bienestar social, el cuidado desempeña dentro de los regímenes de bienestar un papel fundamental en ámbitos como: salud, educación, seguridad social, protección social. Esto quiere decir que se requiere de una organización social que permita el pleno ejercicio y garantía del cuidado.



¿Defender los cuidados significa defender la vida?

Si, los cuidados son la base que sostiene la vida, el cuidado significa defender los derechos de las personas, acompañar, alimentar, curar, asistir, abastecer, gestionar, regenerar, recrear, y proteger entre otras.

¿Qué es una vida digna?

Asociamos que tener una vida digna es la existencia que puede llevar una persona cuando logra satisfacer sus necesidades básicas. El derecho a una vida digna se fundamenta en el reconocimiento de la dignidad intrínseca de cada persona, independientemente de su origen, género, orientación sexual, religión o cualquier otra característica. Es el derecho a ser tratado con respeto y a vivir con dignidad.

¿Está el tema de los cuidados en la agenda política? ¿Cuál es su experiencia?

Es necesario detenernos brevemente en este asunto, ya que es uno de los elementos de debate actualmente, que como bien sabemos desde hace muchísimo tiempo que los cuidados son fundamentales, pero no ha recibido desde la política el tratamiento integral que le corresponde. Por tanto, se deben hacer más políticas públicas en el ámbito de los cuidados.

Desde nuestra experiencia en CCOO, hemos señalado que los cuidados nos igualan. Llevamos mucho tiempo luchando por el reconocimiento de sus derechos laborales en este ámbito, y reivindicando que la protección social y laboral es un elemento fundamental en la lucha por la dignidad en el trabajo.

Cuidados y precariedad. ¿Existe alguna relación?

Si, ambos conceptos están relacionadas, ya que ser cuidador o cuidadora es un rol y un empleo que puede asumirse a lo largo del tiempo. El cuidado que recibimos puede ser remunerado o no, y, si lo trasladamos al ámbito familiar, la concentración de las mujeres en las tareas de cuidado en el ámbito de la familia tiene claros efectos en su trayectoria laboral y en su autonomía económica. En el ámbito laboral el sector se caracteriza también por la alta precariedad que sufren las personas trabajadoras, la cual es debida, de forma directa o indirecta, a la legislación vigente que ha emergido en los últimos años, como un importante nicho económico, en gran parte como respuesta a la crisis de las cuidadas que se caracteriza por una profunda feminización y por una importante presencia de mujeres migradas.



¿Sobrevivirán los cuidados fuera de lo público?

No, y en realidad no podrán sobrevivir durante más tiempo, ya que, para garantizar que todo el mundo pueda ser cuidado y que la provisión del cuidado se dé en condiciones equitativas entre el conjunto de la sociedad, se debe trabajar por una nueva organización social del cuidado, basada en valores y principios democráticos, tanto para las personas que la reciben como para las que la proporcionan.

Esto comporta modificar de raíz las desigualdades sociales asociadas a la provisión del cuidado. Se trata de garantizar el acceso universal a un cuidado digno y de calidad desde el reconocimiento social y laboral, impulsando políticas y acciones para reducir las múltiples desigualdades estructurales que se producen por la actual división social del trabajo inherentemente injusta y precarizada.

¿Algo que quieras destacar?

Si, debemos considerar que “Los cuidados son un derecho”, pero la invisibilidad muchas veces es un factor predominante, el cual contribuye a la falta de reconocimiento social, y sirve para ocultar las condiciones de informalidad, precariedad, y las desigualdades de clase y género.

APORTAREMOS TODA NUESTRA ENERGÍA PARA QUE EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS SE GENERE EMPLEO DIGNO Y DE CALIDAD

ENTREVISTA CON MIKEL TORRES

Grand Place se encuentra con Mikel Torres en sus primeras semanas como vicelehendakari segundo y consejero de Economía, Trabajo y Empleo tras una larga trayectoria como alcalde de Portugalete. Sin embargo, nuestro diálogo empezará más atrás...

Mikel, todas las personas tenemos una experiencia personal de los cuidados, especialmente en nuestras familias. Hemos dado cuidados, los damos, los hemos recibido, los seguimos recibiendo. Si miras esta experiencia en tu caso; ¿Con qué te quedas? ¿Qué has aprendido sobre los cuidados? ¿Qué destacarías?

Seguramente que las experiencias en el entorno familiar son las que más te marcan y de las que más aprendes, y, por ello, aprendes a valorar lo importante que es “dar cuidados”, cuando toda la vida los has estado recibiendo.

Nuestros mayores lo han hecho todo por nosotros (nos han cuidado, nos han querido, nos han dado oportunidades, etc.), y ahora nos toca devolverles todo eso, nunca será suficiente en tiempo, pero sí que hay que intentarlo que sea en calidad de esos cuidados.

Nunca pueden estar solos y desatendido, quienes siempre nos han acompañado y nos han protegido.

A lo largo de tu trayectoria política, ¿ha sido un tema importante?

Muy importante, porque los Ayuntamientos tenemos una relación directa y casi personal en la asistencia que prestamos a través de los servicios sociales a las personas que necesitan esos cuidados a diario, que especialmente son personas muy mayores, con déficit de entorno familiar y con necesidades muy especiales.

Los Centros Sociales, los Centros de Día, los Centros de Promoción de la Autonomía, etc, son recursos que hemos puesto en marcha y gestionados los Ayuntamientos, y que han supuesto para mí, una concienciación política de lo necesario que es dedicar recursos económicos a estos proyectos.

¿Cómo economista, qué es para ti la economía de los cuidados?

La mejora del funcionamiento del mercado laboral español es un objetivo crucial para el bienestar económico y social.

La economía de los cuidados, definida como la atención a las personas dependientes o vulnerables, y al cuidado de nuestros mayores, que se han visto expuestos de manera más importante a situaciones de acompañamiento necesario, necesita de forma urgente la articulación de proyectos específicos que vuelvan a situar a las personas en el centro de la economía, poniendo en valor lo que puede aportar cada generación al conjunto de la sociedad y asegurando que nadie queda atrás ni al margen de la sociedad, y valorando adecuadamente las tareas de cuidados y de asistencia social, así como el potencial de generación de empleo que ello supone en todo el territorio.



¿Cómo valorarías el actual modelo de cuidados en nuestro país?

En el programa electoral del PSE-EE para las últimas elecciones autonómicas, decíamos que, a pesar de los avances que hemos vivido en estos últimos diez años, Euskadi precisa encarar el reto del envejecimiento de la población, la mejora de la longevidad o el progresivo debilitamiento de los vínculos, así como otras cuestiones como la diversidad en cuanto a formas de vida y modelos de organización familiar. Y que ante esa situación es necesario abordar una nueva forma de respuesta, más integral y eficaz, a la que nosotros denominamos Gizakidetza.

Esta propuesta socialista no ha entrado en el acuerdo de coalición, pero sí se incorporan actuaciones que van en la dirección que nosotros proponíamos: liderazgo y responsabilidad pública del modelo de cuidados, apostar por una política transversal, preventiva e inclusiva, incorporar el enfoque de género y la corresponsabilidad o generar empleo digno y de calidad en el ámbito de los cuidados.

¿Qué se plantea en su conjunto el acuerdo de coalición, el pacto de Gobierno en materia de cuidados?

Como he dicho, el acuerdo de Gobierno recoge actuaciones para fortalecer el ámbito de los cuidados. En el área de las Políticas Sociales, hay un compromiso específico de articular un ambicioso Pacto de País por los Cuidados en el que, desde el Departamento de Economía, Trabajo y Empleo, aportaremos toda nuestra energía para que en el ámbito de los cuidados se genere empleo digno y de calidad. Y en el área de Empleo se recoge una iniciativa para elaborar una estrategia para la dignificación de las profesionales de los cuidados de larga duración y la longevidad, a través de programas de cualificación y de la mejora de las condiciones laborales.

¿Eso significa que va a tener continuidad el trabajo de #ZainLab en materia de profesionalización del personal cuidador?

Por supuesto, y así se recoge en el programa que hemos aprobado para estos cuatro años. ZainLAB se inició en la anterior legislatura, y ha sido proyecto que ido creciendo y madurando. Se realizó un amplio trabajo vinculado a las oportunidades de empleo que se presentan en este ámbito, con una mirada abierta que incorporó a los diferentes sistemas concernidos por los cuidados, servicios sociales,



empleo, vivienda, salud, y a los diferentes niveles institucionales del País, Ayuntamientos, Diputaciones y Gobierno Vasco. Tode ello con el objetivo de detectar oportunidades de empleo vinculadas a la tarea directa del cuidado, pero también a otros ámbitos que pueden tener una relación más colateral. Así , entre otras actuaciones, se han desarrollado procesos de profesionalización de personas que trabajan en la atención directa y no tenían oportunidades de acceder a los cursos de formación habituales, se han puesto en marcha actuaciones de reciclaje para personas que, teniendo la cualificación básica de cuidados, requerían una actualización o formación para responder a nuevas necesidades, se han detectado nuevos perfiles profesionales, para los que se está diseñando un itinerario formativo específico, como tecnólogo social o conector comunitario.

Durante esta legislatura profundizaremos en esta línea de profesionalización, con el objetivo de que, como decía anteriormente, en el ámbito de los cuidados también se genere empleo digno y de calidad, tal y como recoge el artículo 3 de la *Ley de Empleo* aprobada en el Parlamento Vasco en diciembre del año pasado y que fija el objetivo de las políticas públicas de empleo en hacer efectivo el derecho a un trabajo digno.

Para terminar, Mikel: ¿qué mensaje quisieras lanzar a la sociedad sobre los cuidados?

La actividad de los cuidados, que permite en gran medida que la economía productiva funcione, la han desarrollado hasta hace bien poco, las mujeres de manera gratuita. Pero eso se ha acabado, afortunadamente. Los cambios demográficos y culturales han hecho que las mujeres se incorporen a otras actividades productivas y hemos tenido que “externalizar” ese cuidado. Lo que sucede es que sigue siendo un trabajo desempeñado principalmente por mujeres y aunque ya no sea gratuito, no siempre se desarrolla en las mejores condiciones laborales. Desde los poderes públicos debemos trabajar para revertir esta situación y que el trabajo de los cuidados sea un trabajo digno y de calidad, pero en ese empeño debemos contar con la complicidad de la sociedad. Valorar la importancia del trabajo de cuidados es una tarea de todas y de todos.

COLABORADORES / PARTE HARTU DUTE

Marije Goikoetxea. Doctora en Derechos Humanos y profesora, investigadora y consultora en Ética de la Universidad de Deusto.

Giza Eskubideetan doktorea eta Deustuko Unibertsitateko Etika irakasle, ikertzaile eta aholkularia.

María Teresa Martín Palomo. Doctora, investigadora y profesora titular de Sociología en la Universidad de Almería.

Soziologian doktore, ikertzaile eta irakasle titularra Almeriako Unibertsitatean.

José María Muñoz Terrón. Doctor, investigador y profesor titular de Filosofía en la Universidad de Almería.

Doktore, ikertzaile eta Filosofia irakasle titularra Almeriako Unibertsitatean.

Amaia Pérez Orozco. Doctora en Economía, consultora y activista feminista.

Ekonomian doktorea, aholkularia eta aktibista feminista.

María Ángeles Durán. Primera mujer catedrática de Sociología en España, Premio Nacional de Investigación en Ciencias Sociales, vinculada *ad honorem* al Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Espainiako lehen emakume katedraduna Soziologian, Gizarte Zientzietako Ikerketako Sari Nazionala, Ikerketa Zientifikoen Kontseilu Gorenari *ad honorem* lotua.

Joseba Zalakain. Investigador en políticas sociales y director del SIIIS, centro de documentación y estudios de la Fundación Eguía Careaga de Donostia.

Gizarte-politiketako ikertzailea eta SIISeko zuzendaria, Donostiako Eguía Careaga Fundazioko Informazio eta Ikerketa Sozialeko Zerbitzua.

Maite Peña. Jurista, diputada de Cuidados y Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Legelaria, Gipuzkoako Foru Aldundiko Zaintza eta Gizarte Politiketako diputatua.

Ainara Santamaria. Periodista, activista, investigadora y formadora de Emagin, asociación feminista.

Kazetaria, aktibista, Emagin elkarte feministako ikertzaile eta hezitzailea.

Miren Aranguren. Socióloga, activista, investigadora y formadora de Emagin, asociación feminista.

Soziologoa, aktibista, Emagin elkarte feministako ikertzaile eta hezitzailea.

Jaione Cia. Comunicadora social, técnica del SIIIS, Servicio de Información e Investigación Social de la Fundación Eguía Careaga.

Gizarte-komunikatzailea, SIISeko teknikaria, Donostiako Eguía Careaga Fundazioko Informazio eta Ikerketa Sozialeko Zerbitzua.

Arantxa Mendieta. Biblioteconomista, técnica y responsable de gestión del conocimiento del SiiS Servicio de Información e Investigación Social de la Fundación Eguía Careaga.

Bibliotekonomista, teknikaria eta SIISeko ezagutzaren kudeaketaren arduraduna, Donostiako Eguía Careaga Fundazioaren Informazio eta Ikerketa Sozialeko Zerbitzua.

Raquel Sanz. Socióloga, investigadora y técnica del SiiS, Servicio de Información e Investigación Social de la Fundación Eguía Careaga.

Soziologoa, ikertzailea eta SIISeko teknikaria, Eguía Careaga Fundazioaren Informazio eta Ikerketa Sozialeko Zerbitzua.

Boni Cantero. Trabajadora social, profesora y directora del Departamento de Políticas Sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Gizarte-langilea, irakaslea eta Gasteizko Udalean Gizarte Politiketako Saileko zuzendaria.

Karmele Acedo. Psicóloga, CEO del Grupo Servicios Sociales Integrados Sociedad Cooperativa.

Psikologoa, Gizarte Zerbitzu Integratuen Taldeko CEO.

Iñigo Kortabitarte. Emprendedor social y consejero delegado de OKencasa.

Gizarte-ekintzailea eta OKencasako kontseilari delegatua.

Jone Robledo. Secretaria de Procesos Formativos Sindicales y Políticas Sociales de Comisiones Obreras de Euskadi.

Euskadiko Langile Komisioetako Prestakuntza Prozesu Sindikalen eta Gizarte Politiken idazkaria.

María Juncay. Trabajadora del hogar, portavoz de Emakume Migratu Feministak Cuidadoras Sociosanitarias (EMFCS), las Internas.

Etxeko langilea, Emakume Migratu Feministak Zaintzaile Soziosanitarioak (EMFCS) erakundeko bozeramailea, Barnekoak.

Alfonso Gurpegui. Pedagogo, viceconsejero de Empleo e Inclusión del Gobierno Vasco; anteriormente viceconsejero de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.

Pedagogoa, Eusko Jaurlaritzako Enplegu eta Gizarteratze sailburuordea; lehenago Eusko Jaurlaritzako Gizarte Gaietako sailburuordea.

Felix Arrieta. Doctor en Ciencias Políticas y profesor en el Grado de Trabajo Social de la Universidad de Deusto.

Zientzia Politikoetan doktorea eta Deustuko Unibertsitateko Gizarte Laneko Graduan irakaslea.

Fany Galeas. Secretaria de las Mujeres y de Políticas de Igualdad de la Comisión Ejecutiva de la Federación de Hábitat CCOO-Cataluña. Anteriormente fue trabajadora del hogar.

CCOO-Cataluña Habitat Federazioaren Batzorde Betezarazleko Emakumeen eta Berdintasun Politiken idazkaria. Aurretik etxeko langilea izan zen.

Mikel Torres. Doctor en Economía, vicelehendakari segundo y consejero de Economía, Trabajo y Empleo del Gobierno Vasco, anteriormente alcalde de Portugalete 2008-2024.

Ekonomian doktorea, bigarren lehendakariordea eta Eusko Jaurlaritzako Ekonomia, Lan eta Enplegu sailburua, lehen Portugaleteko alkatea zena 2008-2024.

Sara Buesa. Doctora en Psicología, directora de Prestaciones e Inclusión de Lanbide, Servicio Vasco de Empleo y, anteriormente, directora de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Psikologian doktorea, Lanbide-Euskal Enplegu Zerbitzuko Prestazio eta Gizarteratze zuzendaria eta, aurretik, Vitoria-Gasteizko Udaleko Gizarte Zerbitzuetako zuzendaria.

Fernando Fantova. Doctor en Sociología, titular de Besaldi, órgano de evaluación de las Políticas de Empleo e Inclusión del Gobierno Vasco.

Soziologian doktorea, Besaldi, Eusko Jaurlaritzako Enplegu- eta Gizarteratze-Politikak ebaluatzeko organoaren titularra.

