

Los “cuidados informales” de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los “servicios sociales de cuidados”*

Manuel SÁNCHEZ REINÓN
Departamento de Ciencia Política y Sociología
Universidad Carlos III de Madrid
msreinon@polsoc.uc3m.es

Recibido: 15-10-2010
Aceptado: 18-01-2011

RESUMEN

En el presente artículo el autor lleva a cabo una revisión crítica de la definición y el contenido de los “cuidados informales” de larga duración que se proveen en el ámbito de la atención familiar. Las razones por las que se les aplica la denominación de “informales” se relacionan con su proximidad y vinculación con el “trabajo” doméstico-reproductivo, que al ser “cosa de mujeres” es invisible y no se remunera, por lo que su “informalización” supone el reforzamiento de esta característica de desigualdad de género. El marco normativo en el que sustenta este imaginario se basa en el supuesto de que la crianza y el cuidado son principalmente una responsabilidad y una competencia de las mujeres (“*familiarización*” y “*ética del cuidado*”). El autor concluye con una propuesta que integra las dicotomías que enfrentan lo “formal” y lo “informal” y el trabajo remunerado y no remunerado de cuidados: los “servicios sociales de cuidados”.

Palabras clave: “cuidados informales” de larga duración, género y “servicios sociales de cuidados”.

The long-term "informal care" at the context of the ideological, societal and gender construction of the social care

ABSTRACT

In the present article the author makes a critical review of the definition and content of the long-term "informal care" provided in the field of family care. The reasons for applying it the appellation of "informal" relate to their proximity and linkage to the house-reproductive "work", that like a "women question" it remains

* El artículo presenta con ligeras modificaciones la primera parte del Capítulo 2 inédito de la Tesis Doctoral defendida por el autor en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, en julio de 2010 (Sánchez Reinón 2010: 54-79). El autor agradece la orientación del profesor Carlos Prieto (UCM) en relación a las reflexiones que se hacen en este artículo sobre los cuidados no remunerados, y en particular su consejo acerca de la lectura y consulta de la obra editada por él que incluye un artículo de Letablier sobre los “servicios sociales de cuidados” (Prieto 2007b).

invisible and unpaid, so his "nonformalization" means strengthening this feature of gender inequality. The normative frame in which this imaginary is based on the assumption that the nurturance and care are primarily the responsibility and competence of women ("*familiarization*" and "*ethic of care*"). The autor concludes with a proposal to integrate the dichotomies that face the "formal" and the "informal" and the paid and unpaid care work: the social care

Key words: long-term "informal care", gender and social care.

REFERENCIA NORMALIZADA

Sánchez Reinón, M. (2010). Los "cuidados informales" de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los "servicios sociales de cuidados". *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol.30, núm.1, p. 185-210.

SUMARIO: Introducción. 1. Informalización de los cuidados de larga duración. 2. "Familiarismo en la provisión de cuidados. 3. Ética del cuidado. 4. Conceptualización societal y de género de los servicios sociales de cuidados. 5. Conclusiones. Bibliografía.

Introducción

El presente artículo tiene por objeto realizar una aproximación crítica al concepto de "cuidados informales" de larga duración, que se desarrolla en los tres primeros apartados del mismo, exponiéndose los marcos ideológicos y normativos que organizan su campo semántico y social en contraposición a su caracterización como una actividad con una orientación social, formalizada o no profesionalmente.

La delimitación de los "cuidados informales" en contraposición a los "cuidados profesionales" no opone cuidados remunerados a cuidados no remunerados o cuidados formales a cuidados no formales, sino que introduce un campo semántico de connotaciones negativas que devalúa y desprestigia la actividad de cuidados realizadas básicamente por mujeres ("informalización", apartado 1.), situándola al interior del espacio de obligaciones doméstico-privadas en relación al "trabajo" doméstico-reproductivo ("familiarización", apartado 2.).

En las últimas dos décadas se ha propuesto la revalorización de los "cuidados informales" desde una óptica que los considera como un vínculo afectivo y una actividad ética ("ética del cuidado", apartado 3.) patrimonio de las mujeres, y que ha sido cuestionada por la investigación feminista de las desigualdades de género y la autoexplotación personal de las mujeres en los contextos de "cuidados informales".

Y se realiza en el apartado 4. una aproximación societal y de género, aportando la definición de un nuevo concepto, el de "servicios sociales de cuidados", (novedad que aporta el autor) basándose para ello en los trabajos de diversas autoras que se decantan por situar el foco de atención sobre las desigualdades de género en las "relaciones de cuidados", y adaptando la propuesta que hacen en este sentido Daly y Lewis (2006).

1. Informalización de los cuidados de larga duración

Los cuidados de larga duración son el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familiares, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal, y dignidad humana. (Organización Mundial de la Salud y Milbank Memorial Fund 2000: 8)

La denominación de “cuidados informales” aplicada a los “cuidados de larga duración” provistos por el entorno familiar y social más próximo a las personas con alguna dependencia¹ está muy extendida en el ámbito académico y profesional (Casado Marín 2007) (Norton 2001) (Salazar Agulló y Martínez Marco 2000), y en el de las instituciones nacionales e internacionales competentes en la materia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2005) (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos et al. 2008) (Organización Mundial de la Salud y Milbank Memorial Fund 2000).

El término “formal” en castellano, aplicado a cosas, alude al cumplimiento de requisitos formales pero también al no sometimiento a cambios caprichosos, y aplicado a personas se refiere a la seriedad y responsabilidad. Al situar los “cuidados de larga duración” en el campo de significación de la “informalidad” se contamina su significado con connotaciones negativas; sin embargo, si se colocan en contigüidad espacial el término “formal”, se observa que esta es la relación más coherente puesto que los cuidados se identifican con rasgos positivos como la seriedad y el esmero²:

formal: 1 adj. De [la] forma: “Requisito formal”. 2 Aplicado a personas, se dice del que cumple su palabra o sus compromisos (...) Serio. 3 Aplicado a cosas, no sujeto a cambios caprichosos. Hecho con los requisitos, formalidades o solemnidad requerida (...) (María Moliner 1998: 1237)

cuidado: (del lat. “cogitatus”, pensamiento) 1 (“Estar con”) m. Intranquilidad o preocupación por el temor de que haya ocurrido u ocurra algo malo

¹ Dependencia que puede tener su origen en alguna discapacidad o condición de salud.

² El análisis de la “informalidad” de los “cuidados de larga duración” no remunerados se realiza a lo largo del artículo en el seno del debate acerca del “trabajo doméstico-reproductivo” afectivo, no pagado y no reconocido socialmente a las mujeres que lo realizan, delimitando así el análisis de otros debates académicos (“informalidad” y economía sumergida, conocimientos tácitos “informales” y competencias profesionales, autoorganización obrera “informal” y organización científica del trabajo, etc.).

(...). 2 (“Con; Tener; con, de”) Interés y atención que se pone en lo que se hace. Para que salga lo mejor posible. Para evitar un riesgo. Para evitar un mal efecto. Para que no se estropee una cosa delicada. (...) (María Moliner 1998: 839)

Los “cuidados informales” son también “cuidados formales” en tanto que tienen un contenido material y necesitan de unos mínimos conocimientos, formación y experiencia³. Carrasquer et al. en su análisis del trabajo doméstico y de reproducción diferencian tres dimensiones de tareas: a) tareas de infraestructura (limpieza, preparación de alimentos y compras), b) tareas reproductoras (atención hijas/os, atención ancianas/os, atención enfermas/os), c) tareas de organización (ocio familiar, administración ingresos familiares, servicios familiares y trabajo doméstico) (Carrasquer, Torns, Tejero y Romero 1998: 102).

Van den Berg et al., en un estudio de valoración de “cuidados informales” diferencian entre cuidados como “Trabajo Doméstico de la Vida Diaria”, “Actividades de la Vida Diaria” y “Actividades Instrumentales de la Vida Diaria”:

(...) Distinguimos tres tipos de tareas de cuidados: (1) trabajo doméstico (TDVD), como limpiar, (2) actividades de la vida diaria (AVD), como el cuidado personal, y (3) actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como organizar adaptaciones en el hogar o el contacto con los proveedores sanitarios. (...)⁴ (Van den Berg et al. 2005: 173)

Como se puede comprobar, esta segunda diferenciación de las tareas de cuidados se acerca mucho a la que realizan Carrasquer et al. del trabajo doméstico y de reproducción, conceptualizando con mayor propiedad como “tareas de infraestructura del hogar” lo que Van den Berg et al. denominan “trabajo doméstico”, actividades claves para la realización de las tareas de reproducción (AVD). Esta cercanía entre ambos campos de análisis es lógica puesto que la conceptualización de los “cuidados informales” se construye sobre la base de los estudios previos sobre el trabajo doméstico y reproductivo.

No obstante, la no remuneración del “trabajo doméstico-reproductivo” no se limita al espacio doméstico, como destaca la socióloga francesa Madeleine Guilbert, sino que se extiende a aquellas “cualidades especiales” procedentes del aprendizaje en la esfera doméstica que el mercado no remunera a las propias mujeres trabajadoras:

Así es. Las mujeres tienen *cualidades especiales* y basta con verlas en el taller para poder comparar su trabajo con las tareas domésticas. Nadie ignora

³ El tratamiento de los cuidados “informales” como cuidados “formales” con un contenido material preciso procede de Sánchez Reinón (2006: 36-39).

⁴ Traducción del autor de la cita original en inglés.

que en las tareas domésticas se suelen realizar operaciones repetitivas, operaciones diferentes con las dos manos al mismo tiempo (...). Son operaciones simultáneas que los hombres no están acostumbrados a hacer. De ahí nacen la eficacia y la rapidez de las mujeres en algunas tareas (...). *Se explotan, aunque no se remuneran*, esas cualidades fundamentales para la rapidez del trabajo, *porque son “naturales” y son cualidades de mujeres*. Son utilizadas, pero no se pagan. Los mismos empresarios dicen: “Mire, es como si estuvieran fregando platos”.⁵ (Maruani 2000: 61)

Margaret Maruani denomina a esta invisibilidad del trabajo realizado por mujeres el “ángulo muerto de la sociología del trabajo”, que ignoró en Francia la división sexual del trabajo hasta los trabajos pioneros de Guilbert en la década de los años sesenta del siglo XX⁶ (Maruani 2000: 60-70).

A diferencia de las actividades de reproducción o de los cuidados “informales”, los cuidados “profesionales”, término que se les suele contraponer, cumplen el requisito de la “formalidad” en cuanto que los conocimientos y la formación específicos necesarios a tal fin están regulados por procedimientos públicos, y son remunerados salarialmente en el ámbito del mercado de trabajo.

Sin embargo, los cuidados “informales” también se pueden prestar mediante una contraprestación económica mientras no se trate de una “remuneración de mercado completa”⁷ por todo el tiempo que se emplea en los cuidados, o se presten a personas ajenas al entorno familiar/próximo. En estos casos la intensidad y cercanía del vínculo social entre cuidadora/or y persona beneficiaria sería más débil y tendría la consideración de intercambio de cuasi-mercado (Van den Berg et al. 2004: 38).

El *Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia en España* ofrece una aproximación a las “Características y extensión del apoyo informal a las personas mayores en España”: el perfil de la persona “cuidadora principal” de personas mayores dependientes, en un estudio realizado en 1994⁸:

(...) puede sintetizarse en la fórmula (...) “género femenino, número singular”: el 83% del total de cuidadoras/es eran mujeres, y de ellas informaron no recibir ayuda de nadie para la realización de este trabajo el 61,5%. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2005: 185).

Carrasquer et al. (1998: 96) y García Calvente enumeran una serie de razones que explican la paradoja de situar el trabajo reproductivo / de cuidados en la esfera

⁵ Cursivas del autor.

⁶ Al igual que había ocurrido en el siglo precedente con el trabajo como categoría social, que se encontró durante décadas en el “ángulo muerto” del liberalismo económico (Polanyi 1989: 121-134).

⁷ “Full market wage”.

⁸ Colectivo Ioé 1995. *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: IMSERSO, CIS.

de la “informalidad”, y que se relacionan con que no se remuneran, son invisibles y se trata de “cosa de mujeres”:

El llamado cuidado informal es aquel que se presta a personas dependientes por familiares, amigos u otras personas que no reciben remuneración económica por la ayuda que ofrecen (...). Este cuidado posee algunas características que lo definen. En primer lugar, su carácter "no remunerado" - no se intercambia por bienes o servicios - le hace aparecer con demasiada frecuencia como un tipo de cuidado "no valioso": lo que no cuesta, no vale. En segundo lugar, se desarrolla en el ámbito de las relaciones privadas, un terreno en el que siempre resulta arriesgado intervenir, sobre todo desde el papel de profesional sanitario. El lugar principal donde se presta el cuidado informal es el hogar, y este carácter doméstico le hace invisible para el espacio de lo público. Por último, el cuidado de las personas de la familia que lo necesitan se asume en nuestras sociedades como parte de las llamadas "tareas domésticas", y, como tal, se asocia a un determinado rol de género: es "cosa de mujeres". Todas estas características hacen más difícil el abordaje del cuidado informal, tanto en su análisis como en las posibilidades de intervención desde el ámbito profesional. (García Calvente 2000: 1-2)

Las mujeres son las protagonistas casi en exclusiva y muchas veces en solitario de los “cuidados informales”, por ello la figura de “cuidador principal” suele coincidir con el de “cuidadora principal”:

La responsabilidad de cuidar recae con frecuencia sobre uno de los miembros de la familia, que desempeña el papel de cuidador principal. Estos cuidadores principales tienen un perfil típico: son mujeres, de la misma familia (habitualmente la madre del niño o niña) y asumen frecuentemente el papel de ama de casa del hogar. El estudio andaluz revela que en más de la mitad de los hogares la responsabilidad de cuidar a los demás miembros del hogar considerados como beneficiarios es asumida en exclusiva por una sola persona, hecho ampliamente constatado en otros estudios sobre atención informal como el modelo de reparto familiar de cuidados de salud más frecuente. Este porcentaje es aún mayor cuando los niños padecen problemas crónicos (...). (García Calvente 2000: 5)

El imaginario colectivo acerca de las mujeres que cuidan de manera “informal” se construye sobre este imaginario de “cuidadora principal”, que se configura como un recurso de cuidados de salud (García Calvente 2000: 7). Cuando intervienen los dispositivos asistenciales lo hacen en relación a esta figura, como un recurso que hay que mantener para que sea efectivo el continuo de cuidados de salud:

Si atendemos al cuidador informal exclusivamente como un recurso para cuidar, el principal objetivo de las intervenciones de los profesionales será

el mantenimiento de este apoyo tanto como sea posible y asegurar que los cuidados que prestan estos cuidadores se realizan con la mejor calidad. Es decir, el bienestar del propio cuidador tiene un carácter que podríamos calificar de “instrumental”. El tipo de intervenciones que llevaríamos a cabo siguiendo este modelo irían dirigidas en dos direcciones. Por una parte a informar al cuidador sobre el problema y las necesidades que plantea el niño o niña beneficiario de la atención (...) Por otra parte, diseñaríamos actuaciones para formar al cuidador en la prestación de los cuidados (...). (García Calvente 2000: 8)

El empleo instrumental del recurso “cuidadoras principales” por parte de los dispositivos asistenciales contribuye a dificultar la formalización y, en su caso, externalización de las funciones de “cuidados de larga duración” fuera del ámbito estrictamente familiar. En la última década se ha ido modificando el perfil de las personas “cuidadoras principales”, lo que indica que existen factores que presionan a favor del cambio de la división sexual del trabajo en el seno de la familia y de la sociedad.

En otro estudio realizado en 2004 sobre el apoyo a la población mayor de 65 años⁹ el porcentaje de mujeres “cuidadoras principales” aumentó un punto sobre el porcentaje del año 1994 (84%); sin embargo, diez años después, el 66% son apoyadas por otros miembros de la familia en los cuidados, y el 14% de los hogares con una persona mayor necesitada de cuidados permanentes cuentan con una persona empleada/o del hogar que los lleva a cabo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2005: 185).

Este cambio está estrechamente relacionado con el aumento de la demanda y de la intensidad de “cuidados de larga duración” de las personas con alguna dependencia: mientras en 1994 la necesidad de cuidados domésticos, personales e instrumentales combinados suponía el 44,1% de los cuidados prestados, en 2004 la cifra se eleva al 68,8%. Al mismo tiempo que se incrementa la necesidad de los tres tipos de cuidados, se reduce la demanda de cuidados en cada una de sus categorías, incluso combinando dos tipos de cuidados (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2005: 195-196).

Aumenta la intensidad y la complejidad de los “cuidados de larga duración” por la mayor supervivencia con patologías crónicas limitantes, que en las personas de edad muy avanzada se convierten en pluripatología y pueden resultar en un proceso de dependencia. Por ello, el modelo de “cuidados informales” se ve presionado al cambio, y lo expresan claramente las propias personas cuidadoras en el estudio del IMSERSO cuando responden a la necesidad o no de formación para realizar los cuidados:

⁹ IMSERSO, Gfk, Emer. 2004. *Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España*.

(...) La opinión de la población cuidadora a este respecto se ha modificado sensiblemente a lo largo de la década. Mientras que en 1994 el 73% manifestaba que cualquiera podía hacer bien este trabajo sin necesidad de formación, quien opina así en 2004 es solamente el 35% (...), aunque solamente un 10% manifiesta haber recibido información o formación, fundamentalmente a través de profesionales sanitarios o mediante libros de consulta. (...) (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2005: 199)

Es muy relevante el dato de que el 65% de las personas “cuidadoras informales” de mayores en el año 2004 opinan que se necesita de información y formación para realizar los cuidados, y que el 10% que las ha recibido, las ha obtenido de los profesionales sanitarios. Estos datos confirman la vinculación creciente de los problemas de dependencia con los problemas de salud, y el protagonismo del personal profesional sanitario y no sanitario en la información y la orientación a las personas cuidadoras.

Sin embargo, al mismo tiempo que se registra un proceso de “informalización” de los “cuidados de larga duración”, se produce una mayor profesionalización de los mismos, entendida como la preferencia por la provisión de los servicios con la mayor intensidad tecnológica, fenómeno que algunos autores han denominado “innovacionismo corporativo”¹⁰.

Profesionalización compatible con la externalización de los “cuidados de larga duración” a la familia y a la comunidad, depositando la responsabilidad de los cuidados en el entorno próximo-afectivo sin remuneración ni cualificación, en la dirección de especializar el tratamiento institucionalizado en los cuidados “agudos” y reducir los costes de la atención de larga duración en los mismos (Escuredo Rodríguez, Díaz Álvarez y Pascual Cortés 2001).

2. Familiarismo en la provisión de cuidados

Desde la década de los años 80 del siglo XX se ha venido revitalización y reforzando a la familia y a las redes “informales” en la provisión de cuidados, convirtiéndose en un importante objetivo económico y político. Este movimiento hacia la desinstitucionalización y los “cuidados en la comunidad” se apoya en el marco normativo “familiarista” de provisión de cuidados.

La opción por los “cuidados en la comunidad” se traduce en realidad en una opción por los “cuidados por la comunidad” y, finalmente por los “cuidados por la familia”, al no desarrollarse en toda su extensión una red de recursos de cuidados

¹⁰ “Paternalismo científico” que se genera sobre todo en entornos de monopolio profesional y aseguramiento privado, y que actúa como factor de atracción de la demanda (Repullo Labrador 2005).

comunitarios que pueda apoyar a las familias en la misma medida en que se transfieren las responsabilidades de cuidados (Hooyman y Gonyea 1995: 188):

(...) De hecho, Dalley (...) mantiene que la supuesta distinción entre “cuidado en” y “cuidado por” la comunidad no tiene sentido cuando el cuidado por la comunidad –a través de la provisión de servicios públicos o casi-públicos- es tan limitada y los costes físicos, emocionales o financieros para los cuidadores familiares son tan grandes. El cuidado comunitario se convierte en un derecho pasivo, y no en un derecho proactivo en el cual un marco comprensivo de prestaciones trasladaran tal ideología a un continuo de servicios de cuidados por la comunidad (...) Similarmente, Walker (...) mantiene que la efectividad del cuidado *por* la comunidad depende, en cierta medida, de la efectividad del cuidado *para* la comunidad, en la cual las políticas públicas fortalezcan el contexto global social y económico, incluyendo los ingresos y los recursos educacionales, en el cual provean cuidados tanto los servicios formales como informales (...).¹¹ (Hooyman y Gonyea 1995: 189)

La distinción de “cuidados en la comunidad” y “cuidados por la comunidad” es típica del debate que se produce en los años setenta del siglo XX en el Reino Unido sobre los cuidados comunitarios y la reestructuración de la atención a los ancianos. Debates que condujeron a la valoración del cuidado por la familia fundamentándolo en la importancia de la relación afectiva, emocional y de mutua confianza, que le otorgaban mayor calidad a la relación de cuidados familiar que a la que se producía en un medio institucionalizado.

Este mismo debate tuvo lugar bajo diferentes formas en varios países: en Francia se discutía sobre la atención domiciliaria a los ancianos, en Suecia sobre el tiempo de los cuidados y su reparto entre el Estado y la familia, y en el Reino Unido, acerca de la revitalización de los vínculos familiares. Mientras en los primeros el debate se centraba en torno al reparto de responsabilidades entre el Estado y la familia, en el Reino Unido se daba por hecho que las obligaciones de cuidados correspondían a las mujeres (Letablier 2007: 68).

Estos debates venían precedidos en el ámbito profesional sanitario por el cambio de enfoque hacia la prevención y la atención comunitaria que marca la 1ª Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (conocida por Conferencia de “Alma-Ata”), celebrada en 1978 bajo el patrocinio de la OMS y la UNICEF. Esta Conferencia destaca por su apoyo a la salud en el ámbito comunitario y familiar que viene acompañado del impulso a la profesionalización de la enfermería, una de las especialidades sanitarias con mayor experiencia y desarrollo competencial en el

¹¹ *Ibidem.*

campo de los “cuidados de larga duración” (Plataforma por la Definición Correcta de Enfermería 2001: 194-195).

El siguiente año a la Conferencia de “Alma-Ata”, la Oficina Regional europea de la OMS publica un informe sobre la profesión de enfermería en el que incide en su orientación comunitaria:

(...) Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos (*familia/comunidad*) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. (...) Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psico-somáticos y psico-sociales de la vida en los que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte (...) ¹² (Plataforma por la Definición Correcta de Enfermería 2001: 194)

Este cambio de orientación cristalizó en España en los años ochenta del siglo XX con la integración de las Escuelas de ATS en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería, la creación de la Diplomatura de Enfermería, el desarrollo de las Estructuras Básicas de Salud con la creación de Centros de Salud, y el nacimiento de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Salazar Agulló y Martínez Marco 2000: 106).

El concepto de enfermería comunitaria es coherente con lo que Hooyman y Gonyea denominan “cuidados para la comunidad”, y que consideran antitético de las políticas de corte “residualista” que desplazan las responsabilidades colectivas sobre los “cuidados de larga duración” a las familias (1995: 189). El “familiarismo” idealiza la estructura de la familiar nuclear en la que se sigue reproduciendo la división sexual del trabajo que atribuye el trabajo “doméstico” a las mujeres, al margen de los cambios producidos en su participación en el mercado de trabajo:

(...) La ideología del familiarismo opera como un principio de organización social en los niveles doméstico y público, especialmente en el campo de los servicios sociales de cuidados, mediante la afirmación del lugar de la mujer en la esfera doméstica como natural y apropiado, y de la superioridad de los cuidados familiares. (...)

La ideología del familiarismo está basada en un modelo de familia nuclear de clase media atrasado, irreal (y actualmente inexistente) como un lugar privado donde todos los cuidados se producen, y que asume la total disponibilidad del trabajo doméstico y del tiempo libres (...). Específicamente, asume que la mujer está en la casa con disponibilidad de tiempo, con el deseo y la capacidad de proveer cuidados a los familiares con dependencia y

¹² Cursiva y subrayado del autor.

esperando simplemente a ser llamada (...). (Hooyman y Gonyea 1995: 111-112)

Disponibilidad que pivota sobre un proceso de diferenciación de tiempos contrapuestos, “privado” versus “doméstico”:

(...) Porque la privacidad adopta dos significados, cada uno muy diferente entre sí:

A. Como *apropiación de sí mismo* que marca la idea inefable de privacidad: la retirada voluntaria y puntual de un espacio público, para beneficiarse de un tiempo propio.

B. Como *privación (de sí)*. Este contenido limitativo se identifica con el ámbito doméstico. Carece del privilegio de la reserva, le está vedado sustraerse de las demandas ajenas, lo que se traduce en una presencia continuada y atenta a los asuntos de otros. (Murillo de la Vega 2006: XVI)

El espacio de la autonomía y de la producción frente al de la necesidad, de la reproducción humana biológica y social. La crianza y el cuidado como principal responsabilidad de las mujeres en el hogar, mientras que la de los hombres se orienta a la provisión económica mediante el trabajo remunerado en el mercado¹³. Al marco normativo que sustenta este imaginario la denominan Hooyman y Gonyea, “ideología de las esferas separadas” (Hooyman y Gonyea 1995: 114-117):

(...) El reino de la necesidad, de la subsistencia –más que del lado de la cualidad- se sitúa como simple contingencia: lo que atañe a los sentidos, a la mediatez de la reproducción. (...) La reproducción biológica, tan cercana a la naturaleza y tan propensa a la repetición, no invoca significado alguno: “Engendrar, amamantar, no constituyen actividades, sino funciones naturales”. (...) (Murillo de la Vega 2006: 7-8)

El cuidado de las mujeres devino invisible cuando la industrialización transformó el trabajo realizado fuera de la casa en trabajo remunerado, la única manera de producir algo de valor. Mientras los hombres controlaban la tecnología, las mujeres preservaban los valores del afecto y la crianza en el hogar. (...)

Bajo esta ideología, la crianza y el cuidado fueron idealizados y reconocidos para la satisfacción de las necesidades fundamentales de afecto en la

¹³ Prieto expone la genealogía de la “querrela de los sexos” en torno a la división entre “trabajo profesional” y “cuidados familiares” a lo largo de la historia española, desde el período del Antiguo Régimen, hasta la aprobación de la Ley 39/1999 de conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (Prieto 2007a).

familia, necesidades que presumiblemente no podían ser resueltas por proveedores remunerados en el ámbito público.¹⁴ (Hooyman y Gonyea 1995: 114-115)

La diferenciación acusada de la división sexual del trabajo respecto de la esfera del mercado se produce cuando la Revolución Industrial transfiere la producción fuera del hogar y amenaza la reproducción vital de las familias trabajadoras con el trabajo industrial de mujeres y niñas/os, cuestión que abordan las leyes de fábricas y más tarde las leyes de seguros contra accidentes laborales. Desde el último cuarto del siglo XIX, la legislación protectora impulsada por la presión del movimiento obrero y por la clase política preocupada por la “cuestión social”¹⁵, regula las condiciones de vida y de trabajo limitando el acceso al empleo de mujeres y niñas/os.

Es a partir de los años 60 del siglo XX cuando se comienza a normalizar la participación de las mujeres en el mercado de trabajo. No obstante la incorporación de las mujeres al empleo y su mayor participación en todos los ámbitos de la sociedad, se sigue considerando que la responsabilidad de los “cuidados de larga duración” no remunerados (“informales”) corresponde a las mujeres. Sin embargo, esta responsabilidad ya no pivota sobre un modelo de familia extensa o una red próxima de apoyos femeninos, sino sobre la familia nuclear y las mujeres que la integran, en un contexto de “individualización” de la responsabilidad sobre los cuidados, reflexión apuntada por Beck y Beck-Gernsheim (2003) al referirse a la atención a la salud.

La “individualización” de la responsabilidad colectiva de los “cuidados de larga duración” se asienta sobre la promoción de la autosuficiencia personal, que resultan en una evaluación social negativa de la dependencia, entendida como una “carga” para los demás:

Un componente mayor de la ética de la autosuficiencia es la obligación de los ciudadanos de evitar ser una carga para los demás; se espera que los ciudadanos se ayuden a sí mismos, o si son dependientes, que deberían depender sólo de alguien que haya asumido voluntariamente la obligación de apoyar (...). En el contexto de los cuidados de larga duración, una orientación individualista enfatiza las obligaciones y las responsabilidades de los

¹⁴ Traducción del autor de la cita original en inglés.

¹⁵ Cuestión social: “Esta cuestión se bautizó por primera vez explícitamente como tal en la década de 1830. Se planteó entonces a partir de la toma de conciencia de las condiciones de vida de poblaciones que eran a la vez agentes y víctimas de la revolución industrial. Era la cuestión del pauperismo. Un momento esencial, en el que apareció un divorcio casi total entre un orden jurídico-político fundado sobre el reconocimiento de los derechos del ciudadano, un orden económico que suponía miseria y desmoralización masivas. Se difundió entonces la convicción de que había allí “una amenaza al orden político y moral” (...).” (Castel 1997: 20)

individuos en la provisión de cuidados para los demás. (...) ¹⁶ (Hooyman y Gonyea 1995: 108)

La afirmación de los valores de responsabilidad individual en los “cuidados de larga duración” y la percepción de los costes de la prestación de servicios a la familia y los individuos como una “carga pública” para los contribuyentes ¹⁷ está firmemente asentada en los países con una cultura de bienestar “residualista”, en los que los servicios de bienestar de larga duración los prestan básicamente las familias, y la necesidad de ayuda pública se transforma en un signo de estigmatización.

Sin embargo, en el ámbito público, la dependencia se muestra como vergüenza. Es lo que ocurre sobre todo en el caso de los reformadores modernos del sistema de protección social. En una conferencia reciente del Partido Laborista, el primer ministro británico declaró que “el nuevo Estado del bienestar debe estimular el trabajo, no la dependencia”, y defiende la “compasión severa”. (...)

(...) El viejo Estado del bienestar gobernaba para los necesitados, pero los reformadores aspiran a liberar a éstos del Estado, es decir, a que no vivan de la ayuda social períodos demasiado largos, que paguen su seguro médico, que elijan escuela para sus hijos, que administren ellos mismos sus pensiones. Esta ampliación del campo de la reforma sólo sirve para profundizar la desconcertante división entre el aspecto privado y el aspecto público de la dependencia. La necesidad de otros, tan compulsiva en el amor, la amistad y la paternidad, queda reprimida por la convicción de que la dependencia es una condición vergonzosa. (Sennet 2003: 109-110)

El “residualismo” en las políticas de bienestar y el “individualismo familiarista” que es su correlato en la configuración de bienestar de las familias, se apoya en el modelo ideal del varón proveedor de ingresos y titular de prestaciones para toda la familia, y de la mujer ama de casa y cuidadora de los niños/os y adultos con dependencia. La mayor parte de los gobiernos de posguerra sustentaron este modelo sobre la base del empleo a tiempo completo para los varones y la estabilidad de las familias nucleares (Daly y Lewis 2006: 9).

3. Ética del cuidado

El estudio de los “cuidados informales” fue una de las primeras contribuciones de las investigaciones feministas al análisis de la política social y de la dimensión

¹⁶ *Ibidem.*

¹⁷ “Public burden” model of welfare (Hooyman y Gonyea 1995: 108).

de género de los Estados de Bienestar, señalando al respecto que los cuidados familiares habitualmente equivalían a cuidados por las mujeres, modificando la orientación predominantemente biomédica de los análisis de los “cuidados de larga duración” (Daly y Lewis 2006: 4, 5).

El origen de la contribución feminista se encuentra en los estudios del trabajo reproductivo doméstico y su contenido material, que se remontan a los debates mantenidos en la década de los años setenta del siglo XX entre corrientes feministas y marxistas acerca del trabajo no remunerado y la consideración del mismo como otra forma de trabajo (Letablier 2007: 64-65). A este debate contribuyeron numerosas especialistas principalmente anglosajonas italianas y francesas en los campos de la historia, la economía, la sociología y la antropología, que pusieron de manifiesto el reforzamiento del carácter patriarcal de la sociedad con la extensión y la intensificación de múltiples desigualdades relacionadas con el trabajo femenino (Torns 2008: 63-65) (Carrasquer et al. 1998: 98-99).

En las últimas décadas se ha desarrollado esta reflexión a través de la reconsideración y ampliación del concepto de “trabajo” a las “funciones reproductoras”¹⁸: biológica, social y cultural, y la atención al cuidado, gestión y mantenimiento de la fuerza de trabajo, pasada, presente y futura:

(...) todas esas acepciones del cuidado parecen no ser propicias a reconocerlo como trabajo, pero parece difícil que tal argumento pueda sostenerse. De hecho algunas voces y, entre ellas la que esto escribe, sugieren que el cuidado va a ser un elemento clave en el futuro del trabajo femenino. Una predicción relativamente sencilla de cumplir si se tiene en cuenta la lógica del crecimiento de empleo en la Unión Europea durante estas dos últimas décadas, donde los servicios acaparan ese aumento. Y, muy especialmente, en el ámbito de los servicios a las personas, (...). (Torns 2008: 68)

En esta línea se sitúan los estudios de diversas/os autoras/es que ponen en relación el “trabajo” realizado por las mujeres con las funciones sociales que satisface y no con su remuneración por el mercado (Maruani 2000: 63-65) (Carrasquer et al. 1998: 99-100):

¹⁸ Supiot señala algunas de las dificultades ante las que se encuentra el derecho laboral para considerar las relaciones de género al interior del trabajo remunerado, cuando se refiere al “pudor” que muestra con respecto a la regulación de la dimensión biológica de las/os trabajadoras/es, que proviene en origen del derecho civil, denominándola el “oscuro objeto del contrato de trabajo” (Supiot 1996: 71-88): “(...) la doctrina, en su conjunto, rehúsa reconocer al cuerpo humano tal puesto en el contrato de trabajo, y ha preferido subrayar el rol preponderante de la persona en la economía del contrato de trabajo, importancia que generalmente reconocen los juristas desde los comienzos de este siglo [XX]”. (Supiot 1996: 77-78)

Las características principales del trabajo de la reproducción son: no estar remunerado mediante un salario (a pesar de poderse discutir la existencia o no de otro tipo de remuneración), ser un trabajo eminentemente femenino y permanecer invisible incluso a los ojos de las personas que lo llevan a cabo. En primer lugar, ello significa que, al no estar salarizado, queda fuera del mercado de trabajo y por lo tanto no se debe confundir con las actividades usualmente realizadas por mujeres en alguna de las modalidades de la denominada «economía sumergida o informal». (...)

En segundo lugar, ello también significa que el trabajo de la reproducción es la actividad a la que se dedican la gran mayoría de mujeres, a lo largo de su ciclo de vida, de manera total o parcialmente. (...)

En tercer y último lugar, la invisibilidad que caracteriza al trabajo de reproducción significa que la actual organización social no reconoce su existencia como trabajo. Incluso que la gran mayoría de mujeres que lo llevan a cabo, especialmente aquéllas que se dedican a él en régimen de exclusividad, no son conscientes de que realizan unas actividades que son trabajo necesario para el funcionamiento de la sociedad. O que, en el caso de que esa conciencia sí exista, no suele ir acompañada del correspondiente reconocimiento de su importancia económica y social. Todo un conjunto de características configuradoras de un trabajo que ha sido también denominado como «trabajo de cuidados», según la tradición escandinava e italiana (...), pioneras en su reconocimiento. (Carrasquer et al. 1998: 96-97)

Los “cuidados informales” se han situado siempre entre las fronteras del trabajo no remunerado y remunerado, pero la dirección del movimiento no ha sido nunca clara. Más aún, la interpretación del significado de las políticas relacionadas con los mismos desde el punto de vista de su influencia en la vida y las condiciones sociales de las mujeres no es sencilla: mientras las feministas escandinavas interpretaban que se reforzaba el “patriarcado público” con la incorporación de las mujeres a los servicios formales de provisión de cuidados, otras feministas reclamaban este cambio como una transformación inequívocamente positiva (Daly y Lewis 2006: 5).

Desde este último punto de vista, el interés radica en los procesos materiales e ideológicos que atribuyen a las mujeres el rol de cuidadoras, en su mayor parte sin remuneración. Con el tiempo el campo de estudio de los “cuidados informales” se ha ampliado a la compleja naturaleza de los acuerdos de cuidados en la práctica cotidiana, y al estudio comparativo de los mismos (Daly y Lewis 2006: 5).

A pesar de que el concepto de “cuidados informales” ha seguido una senda de maduración en el ámbito académico, su utilización sigue siendo ambigua y no existe acuerdo sobre su significado; raramente se le define con precisión y se usa de manera tan polisémica que se corre el riesgo de pérdida de significación (Daly y Lewis 2006: 6) (Letablier 2007: 66). La falta de precisión y rigor se relaciona además con la devaluación social que experimenta su ejercicio y la identidad de las personas que los prestan, al ser actividades que se producen en el seno de redes de intercambios conformadas según una reciprocidad afectiva; en contraste, los “cui-

dados profesionales” se vehiculan a través de redes más extensas e institucionalizadas en las que la remuneración salarial juega un papel determinante.

En la producción de la distinción entre “cuidados informales” y “cuidados profesionales” no sólo entran en juego elementos de diferenciación de no mercado y mercado, o de no remuneración y remuneración, sino que se confunde inadvertidamente la naturaleza de relación afectiva de los cuidados con su contenido material¹⁹. Se entremezclan así en el mismo término el significado de “cuidar de” alguien²⁰ y el de “cuidar a” alguien²¹:

Es importante tener presente la distinción entre cuidar de y cuidar a alguien. *Cuidar de* implica primariamente una conexión psicológica –la expresión del afecto y el amor– mientras que *cuidar a* implica realizar tareas como la asistencia personal, el pago de cuentas, y el transporte. Como estos dos aspectos de los cuidados se encuentran fundidos y el lado afectivo está idealizado, la experiencia del cuidador permanece invisible. (...) ²² (Hooyman y Gonyea 1995: 124)

La confusión entre ambos conceptos de la actividad de cuidados está firmemente anclada en la lengua española, en la que además el término *cuidar* adquiere connotaciones muy distintas, ligadas al temor y al imperativo de advertencia:

Cuidar: (del ant. “coidar”, y éste del lat. “cogitare”, pensar) 1 tr. *Pensar o discurrir para algo*. 2 *Tener cierta preocupación o temor*. 3 tr. e intr.. En imperativo con “con” o precediendo a una oración negativa, sirve para llamar la atención de alguien hacia un riesgo, como advertencia, aviso o amenaza (...). 4 (“de”) tr. e intr. Dedicar atención e interés a una cosa (...). Asistir a un enfermo. (María Moliner 1999: 839)

Los sinónimos españoles de cuidar se agrupan en torno a la asistencia y la protección, y también con la vigilancia, mientras que sus antónimos se corresponden con la desatención entendida como abandono:

¹⁹ M^a Jesús Miranda pone en relación ambos fenómenos, la diferenciación de la esfera del mercado capitalista de las formas precapitalistas, y la adopción de un nuevo principio normativo en los usos y costumbres matrimoniales, la puesta en “valor” del afecto (Miranda 2007).

²⁰ “Care about” someone.

²¹ “Care for” someone.

²² *Cursivas* y traducción del inglés de la cita original, responsabilidad del autor.

Cuidar(se): atender, custodiar, conservar, defender, administrar, asistir, cultivar, guardar, mantener, preservar, proteger, velar, curar, mirar, vigilar / *desatender, abandonar* (Diccionario léxico ESPASA 2001: 373)

En otras lenguas europeas, como la inglesa, el concepto está también teñido de afectividad:

Care: (A) N (1) (= anxiety) preocupación f, inquietud (...) (2) (= carefulness) cuidado m, atención f (...) (3) (= charge) cargo m, cuidado m; (Med) asistencia f, atención f médica (...) (B) VI (= be concerned) preocuparse (about por), interesarse (about por); (...)

Care for: VI + PREP (1) (= look after) [+ people] cuidar a; (2) (= like) tener afecto a, sentir cariño por (...) (Collins 2006: 1169)

En la lengua francesa ambos significados están más claramente diferenciados, de manera que cuidar es un término connotado por el trabajo de cuidar, y sólo de manera figurada se entiende por (pre)ocuparse de alguien:

Soigner: v tr, cuidar a / asistir a, atender a (...) / FIG et FAM soigner quelqu'un ocuparse de alguien. (Larousse 1992: 569)

El español desvela la relación íntima que mantiene en España el trabajo de cuidados con la afectividad y el imperativo social de cumplimiento del mismo, asociado al temor a la consideración social de su desatención como abandono: la persona cuidadora cuida y vigila, y al mismo tiempo es vigilada y tutelada. Los componentes de actividad tienen menor relevancia que en francés e inglés o italiano:

Por comparación con otras lenguas, como el italiano *cura*, el francés *soins* o el inglés *care*, el *cuidado* español es menos ocupacional, menos aplicado habitualmente a actividades de tipo directivo o de *hacer*, y también menos físico o relacionado con cuidados materiales, de tipo sanitario o estético. (Durán Heras 2002)

La actitud amorosamente sacrificial convierte en natural el contenido material de los “cuidados informales”, desvalorizando de paso la actividad de cuidados y transformando el papel agente de la persona cuidadora en sujeto pasivo de las normas sociales y culturales condicionadas por la desigualdad de género, y que establecen la entrega personal de las mujeres a una actividad sin valor en la medida en que no se rige por las normas de la producción regulada por el mercado.

Se puede comprender la preeminencia de la norma social de responsabilidad como vigilancia desde el espacio segregado de lo doméstico respecto del espacio de lo público/privado:

La división sexual de los órdenes público, privado y doméstico se muestra como un marco válido para el análisis de las relaciones de género en todas las sociedades. La exclusividad de la domesticidad, en su acepción de “responsabilidad” para las mujeres, no constituye una excepción o una idiosincrasia cultural, es un acontecimiento universal. Sin embargo, esta posición no obtiene de la esfera pública ninguna reciprocidad. Se queda del lado del servicio, de la actitud suntuaria y sacrificial, en un ejercicio de mistificación. Nada impide levantar altares a quienes se conforman con celebrar su poder en los estrechos muros del hogar. (Murillo de la Vega 2006: 14-15)

Esta fusión de elementos de tareas de cuidados, de afectos y relaciones de confianza ha impulsado a determinadas autoras a afirmar que la “ética del cuidado” es una característica sexuada e identitaria de las mujeres (Letablier 2007: 71). La “ética del cuidado” comienza a articularse formalmente cuando la psicóloga Carol Gilligan revisó críticamente en su obra *In a Different Voice* (1976) los resultados de los trabajos de Kohlberg que concluían que las mujeres tendían a estabilizar su desarrollo moral en una etapa intermedia, identificada con la amabilidad y la conformidad con los valores sociales, mientras que los hombres progresaban a una etapa de madurez caracterizada por el empleo de principios morales abstractos y racionales (Salles 2008: 114).

Gilligan propuso una nueva interpretación de los resultados de Kohlberg: la madurez moral consiste en la capacidad de integrar dos tipos de razonamientos morales distintos, el razonamiento “de la justicia” basado en un sistema de derechos abstractos universales, y el razonamiento “del cuidado” que busca proteger los afectos en la dimensión particularista relacional (Salles 2008: 115).

Posteriormente, filósofos como Nell Noddings, Lawrence Blum y Virginia Held desarrollaron las diferencias entre las “éticas principistas”²³ y las “éticas del cuidado”, caracterizadas respectivamente por (Salles 2008: 116-117):

- ✓ El individualismo frente al vínculo relacional,
- ✓ Los principios abstractos frente al particularismo,
- ✓ El racionalismo frente a la afectividad,
- ✓ La imparcialidad frente a la adherencia a sentimientos particulares,
- ✓ El arbitraje de conflictos morales frente a la satisfacción de las necesidades de todas las partes.

Las críticas a la justificación de una “ética del cuidado” proceden en gran parte de las teóricas feministas, que señalan que:

²³ Propuestas por Tom Beauchamp y James Childress, en su obra *Principios de ética biomédica* (1979), específicamente para el cambio de la ética médica, y basada en cuatro principios: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (Salles 2008: 51)

- ✓ Se valoran rasgos de carácter que son el resultado de la subordinación de las mujeres,
- ✓ Puede tener como consecuencia la explotación y el autosacrificio injustificado,
- ✓ Se corre el riesgo de pérdida de la agencia moral y de sometimiento a otras personas o agentes, como la propia persona beneficiaria de los cuidados,
- ✓ No es útil en contextos de vínculos personales debilitados, en la relación con extraños (Salles 2008: 118-119).

Gilligan, dos décadas más tarde de la aparición de su obra *In a Different Voice*, distinguía entre una “ética del cuidado femenina” y una “ética del cuidado feminista”: la primera se constituía como alternativa a los razonamientos que privilegiaban la autonomía y la libertad del individuo, incidiendo en las relaciones interpersonales y las obligaciones recíprocas; la segunda toma en consideración y otorga valor a la actividad de cuidados, cuestionando al mismo tiempo la subordinación y explotación de las mujeres en un marco de obligaciones sin reciprocidad (Salles 2008: 118-122).

Por tanto, la confusión de las normas de obligación personal y de responsabilidad sobre el mantenimiento del soporte vital a las personas con el trabajo efectivo de cuidados deriva de manera “natural” las tareas de “cuidados informales” al entorno familiar y especialmente a las mujeres, por su especialización “doméstica”, favoreciendo el “familiarismo” y el “residualismo” en la provisión de servicios:

Guberman, Maheu y Maille (...) argumentan que es la confusión de estos dos conceptos, *cuidar de* y *cuidar a*, los que resultan en políticas que ponen excesiva presión sobre las familias para asumir el “cuidado diario personal físico y psicológico de los miembros dependientes con el pretexto de que las familias deberían “cuidar”... Como se considera “natural” para las familias *cuidar de*, parece “natural” que asuman las tareas relacionadas con *cuidar a*” (...) ²⁴ (Hooyman y Gonyea 1995: 124)

4. Conceptualización societal y de género de los servicios sociales de cuidados

Además de la confusión entre tareas de cuidados y afectos, la falta de precisión en la definición de los “cuidados informales” se debe a que la amenaza de fragmentación del campo de análisis está muy presente a causa de múltiples dicotomías:

- ✓ En torno a la provisión: “formal” / “informal”,
- ✓ En relación al mercado: prestación remunerada / no remunerada,

²⁴ Traducción de la cita original en inglés y cursivas del autor.

- ✓ En función de las/os destinatarias/os: niñas/os / adultos con alguna dependencia (Daly y Lewis 2006: 6).

Las dificultades de definición y las dicotomías que plantean los “cuidados informales” pueden superarse considerándolos como un fenómeno social y a las/os cuidadoras/es como un grupo social, y aplicando un enfoque de género que integre en un mismo campo los cuidados a niñas/os y adultos con alguna dependencia, en razón de la mayoritaria composición femenina de la mano de obra en ambos casos, tanto en el mercado como fuera de él (Daly y Lewis, 2006: 2, 7).

Daly y Lewis proponen el concepto de “servicios sociales de cuidados”²⁵, apoyándose en un enfoque de los cuidados de larga duración como un fenómeno social multidimensional, cuyos agentes son las personas cuidadoras como grupo social, formado mayoritariamente por mujeres. El concepto se centra, en el nivel macro, en la división del trabajo de cuidados, la responsabilidad y los costes que conllevan entre el Estado, el mercado, la familia y los sectores voluntarios/comunitarios; en el nivel micro, en la distribución del trabajo de cuidados entre mujeres y hombres y en las condiciones bajo las cuales se desarrollan (Daly y Lewis, 2006: 6, 7).

Este concepto responde a un enfoque de ética “feminista” de los cuidados:

- ✓ Sensible a las desigualdades de género, contrario a la subordinación y explotación de las mujeres,
- ✓ Contextualizador de las acciones individuales en un marco más global y social,
- ✓ Centrado en los conflictos en la “esfera doméstico/privada” que afectan mayormente a las mujeres,
- ✓ Atento a la experiencia de las mujeres y a su agencia moral (Salles 2008: 124-125).

Enmarcada en este horizonte genérico y societal, el concepto de “servicios sociales de cuidados” hace referencia a tres dimensiones articuladas:

1. Dimensión laboral²⁶: se centra en la naturaleza de la actividad de cuidados y las condiciones bajo las que se desarrolla, enfatizando la

²⁵ Traducción del autor del término “social care”. El autor expresa aquí su reconocimiento a Letablier (2007), de quien tomó el concepto de “social care” y su aplicación a los cuidados de larga duración, permitiéndole trabajar en profundidad sobre los textos de Daly y Lewis (2006) que lo desarrollan.

²⁶ Como actividad humana necesaria para la reproducción social: “(...) El trabajo no es, sin embargo, ni más ni menos que los propios seres humanos que forman la sociedad; y la tierra no es más que el medio natural en el que cada sociedad existe. Incluir al trabajo y a la tierra entre los mecanismos del mercado supone subordinar a las leyes del mercado la sustancia misma de la sociedad.” (Polanyi 1989: 126).

consideración de los cuidados como una acción y a las personas cuidadoras como agentes de los mismos.

2. Dimensión normativa: se interesa, desde una óptica de género, por las relaciones sociales que se tejen en el trabajo de cuidados y las motivaciones que mueven a sus actores, insertas en complejos de obligaciones y responsabilidades sociales y familiares.

3. Dimensión de costes: sitúa su foco de atención los costes financieros y emocionales que conllevan, y en la distribución de los mismos en el nivel individual y en el social, meso y macro; los costes se extienden más allá de los límites de la esfera privada de las relaciones afectivas y alcanza al ámbito público (Daly y Lewis 2006: 6).

Partiendo de su caracterización en tres dimensiones de los “servicios sociales de cuidados” Daly y Lewis proponen la siguiente definición de los mismos:

(...) las actividades que se requieren para la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de los adultos con dependencia y los niños, y los marcos normativos, de costes y sociales en los cuales este trabajo se asigna y se lleva a cabo.”²⁷ (Daly y Lewis 2006: 6)

Con la traducción del término “social care” por “servicios sociales de cuidados” se realiza una traslación conceptual al castellano del concepto empleado por Daly y Lewis, que modifica el significado atribuido generalmente a los “cuidados informales” en los siguientes aspectos:

- “Servicios”: se analizan como una actividad material que se produce con una orientación hacia los demás, ya sea de manera remunerada o no remunerada, y no exclusivamente como parte de esquema de obligaciones.
- “Sociales”: el enfoque que se adopta de los mismos es al mismo tiempo relacional y colectivo, “societal”, apoyado en la construcción de género de los cuidados y en los marcos sociales, de costes y normativos en los que se sitúan los cuidados y sus agentes.
- “Cuidados”: en la perspectiva genérica y societal que se propone se amplía la visión biomédica de la dependencia al soporte vital y social de personas con necesidades de apoyo bien sea por encontrarse en los primeros estadios de su desarrollo autónomo como persona (cuidado y educación infantil) o haber experimentado una pérdida funcional.

²⁷ Traducción del autor a partir de la cita original en inglés.

Articulando todos estos elementos, las autoras proponen el siguiente esquema conceptual de “servicios sociales de cuidados”:

Esquema conceptual de “servicios sociales de cuidados”.

	Nivel macro	Nivel micro
Referencia Conceptual	División de los cuidados (trabajo, responsabilidad, costes) entre el Estado, el mercado, la familia y la comunidad.	Distribución del cuidado (trabajo, costes y responsabilidad) entre individuos y dentro de la familia y la comunidad.
empíricamente indicado por:	<ul style="list-style-type: none"> - la infraestructura de cuidados (trabajo, servicios y prestaciones económicas), - la distribución de las provisiones entre sectores. 	<ul style="list-style-type: none"> - quién realiza los cuidados y quién se beneficia de cualquier prestación disponible, - bajo qué condiciones económicas, sociales y normativas se realizan los cuidados, - las pautas de actividad económica de las mujeres en edad de cuidar.
trayectorias de cambio:	<ul style="list-style-type: none"> - más o menos: * Estado * mercado * familia * comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - alteración en la distribución de los cuidados, - alteración en la identidad de las/ cuidadoras/es, - alteración en las condiciones en que se llevan a cabo los cuidados.

Fuente: © Sánchez Reinón (2010: 79), traducción propia del inglés a partir de (Daly y Lewis 2006: 8).

El concepto de “servicios sociales de cuidados” se caracteriza por una dimensión inherentemente dinámica, valiosa para estudiar el cambio, y que descansa sobre la idea de los movimientos entre zonas fronterizas tanto al nivel macro como al micro: en el macro se identifica la alteración de la distribución de los cuidados entre las esferas públicas y privadas y entre los sectores sanitarios y sociales (y educativos) y las transferencias entre unas y otras; en el nivel micro la trayectoria de cambio alcanza la distribución del cuidado entre mujeres y hombres, y la alteración de las condiciones en las que se presta y recibe (Daly y Lewis 2006: 8).

5. Conclusiones

En el ámbito de los “cuidados de larga duración” se suele contraponer los “cuidados profesionales” a los “cuidados informales”, por integrarse los primeros en organizaciones que prestan servicios profesionales remunerados, mientras que los

segundos se limitarían al círculo afectivo de relaciones familiares y próximas (amistad, vecindad, voluntariado), y tendría un carácter no remunerado. Sin embargo, la definición de este tipo de cuidados de larga duración como “informales” alude a otro tipo de connotaciones semánticas de carácter negativo que se relacionan con la devaluación y el desprestigio de la actividad de cuidados realizada básicamente por mujeres.

La “informalización” de este tipo de actividades, “familiarizándolas” al interior del espacio de obligaciones doméstico-privadas características del “trabajo” doméstico-reproductivo, e individualizando responsabilidades de naturaleza colectiva como parte de una “ética de cuidados” teñida de un sesgo de género, contribuye a la invisibilidad y naturalización de los “cuidados informales” como un vínculo afectivo “femenino” desprovisto de contenido material.

Por ello, proponer una aproximación societal y de género a los “cuidados informales” de larga duración, permite redefinir el campo de significación y construir un nuevo concepto, el de “servicios sociales de cuidados”, que capte las desigualdades de género en las “relaciones de cuidados” a nivel macro y micro, situándolo en el centro del análisis de las políticas sociales del Estado de Bienestar que inciden directa o indirectamente en la distribución de la responsabilidad de los “cuidados” y sus costes asociados, y en la atribución de los roles de género en el marco de obligaciones y reglas colectivas e individuales.

Bibliografía

- Carrasquer, P., Torns, T., Tejero, E. y Romero, A. (1998). El trabajo reproductivo. *Papers. Núm. 55*, 95-114.
- Castles, F.G. (2007). A Race to the Bottom? En C. Pierson, y F.G. Castles (Ed.), *The Welfare State Reader*, (pp 226-244). Cornwall, Great Britain: Polity Press.
- Daly, M. y Lewis, J. (2006). Introduction: Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Restructuring. En J. Lewis (Ed.), *Gender, social care and welfare state reconstructing in Europe*, 3ª ed., (p 283). Chippenham, Wiltshire, Great Britain: Ashgate Publishing Limited.
- Durán de las Heras, M.Á. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad* (2ª ed.). Madrid: Fundación BBVA.
- ESPASA (2001). *Diccionario de sinónimos y antónimos*. 10ª ed. Madrid: Editorial Espasa Calpe S.A.
- Escuredo Rodríguez, B., Díaz Álvarez, E. y Pascual Cortés, O. (2001). Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. *Revista de Enfermería ROL. Vol. 24 Núm. 3*, 183-189.

- García Calvente, M.M. (2000). El sistema informal de atención a la salud. *XXIX Congreso Nacional Ordinario de Pediatría de la A.E.P.* Obtenido el 14 de Noviembre de 2004
http://www.comtf.es/pediatría/Congreso_AEP_2000/Programa_científico.htm
- Hooyman, N.R. y Gonyea, J. (1995). *Feminist perspectives on Family Care. Policies for Gender Justice*. Thousand Oaks, California, Estados Unidos: SAGE Publications, Inc.
- LAROUSSE (1992). *Grand Dictionnaire FRANÇAIS-ESPAGNOL, ESPAGNOL-FRANÇAIS* (Nueva ed.). Paris: Larousse.
- Letablier, M-T. (2007). El trabajo de cuidados y su conceptualización en Europa. En C. Prieto (Ed.), *Trabajo, género y tiempo social*, (pp 64-84). Madrid: Hacer Editorial, Editorial Complutense.
- Moliner, M. (1998). *Diccionario de Uso del Español* (Segunda ed.). Madrid: GREDOS.
-----1999 *Diccionario de Uso del Español* (Segunda ed.). Madrid: GREDOS.
- Maruani, M. (2000). *Trabajo y el empleo de las mujeres*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Miranda, M.J. (2007). Apuntes para una genealogía del afecto. En C. Prieto (Ed.), *Trabajo, género y tiempo social*, (pp 100-108). España: Editorial Hacer S.L.; Editorial Complutense, S.A.
- Murillo de la Vega, S. (2006). *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. 2ª ed. Torrejón de Ardoz (Madrid): Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Organización Mundial de la Salud y Milbank Memorial Fund (2000). Hacia un consenso internacional sobre los cuidados de larga duración para las personas mayores. *IMSERSO. Portal Mayores*. Obtenido el 6 de Marzo de 2009
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-consenso-01.pdf>
- Plataforma por la Definición Correcta de Enfermería (2001). Sobre la definición del vocablo enfermería. *Revista de Enfermería ROL*. Vol. 24 Núm. 3, 193-196.

- Polanyi, K. (1989). *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Prieto, C. (2007a). De la "perfecta casada" a la "conciliación de la vida familiar y laboral" o la querelle des sexes en la modernidad española. En C. Prieto (Ed.),
- Repullo Labrador, J.R. (2005). El marco de la política profesional. En J. M. Antequera, y E. Arias (Ed.). *Sistema Sanitario y Recursos Humanos: Manual para gestores y profesionales*, (pp 32-59). Madrid: Díaz de Santos - IAS.
- Salazar Agulló, M. y Martínez Marco, E.A. (2000). La familia y la comunidad como unidades de atención. En A. Sánchez Moreno, V. Aparicio Ramón, C. Germán Bes, L. Mazarrasa Alvear, A. Merelles Tormo, y A. Sánchez García (Ed.). *Actuación en enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud*, (pp 105-117). Getafe (Madrid): MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.
- Salles, A.L. (2008). II. Enfoques éticos alternativos. En F. Luna, y A. L. Salles (Ed.). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, (pp 79-133). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A.
- Sánchez Reinón, M. (2006). Valoración Económica de Cuidados "Informales" de Salud. Tesina de Master. *Master en Administración Sanitaria*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad (ISCIII) (mimeografiado).
- (2010). *Políticas públicas de servicios sociales de cuidados y su incidencia en las reglas de género de atribución de los cuidados no profesionales. España, Andalucía y Aragón (2007-2008)*. Madrid: Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. UCM (mimeografiado).
- Sennet, R. (2003). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: ANAGRAMA, S.A. Colección Argumentos.
- Smith, C. (2006). *Collins Universal Español-Inglés, English-Spanish* (8ª ed.). Barcelona: Grupo Editorial Random House Mondadori S.L.
- Supiot, A. (Dir.) (1996). *Crítica del derecho del trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Trabajo, género y tiempo social*, (pp 21-48). España: Editorial Hacer S.L.; Editorial Complutense, S.A.
- (Ed.) (2007b). *Trabajo, género y tiempo social*. España: Hacer Editorial, Editorial Complutense.

- Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. Núm. 15, enero-junio, 53-73.
- Van den Berg, B., Brouwer, W., van Exel, J. y Koopmanschap, M. (2004). Economic valuation of informal care: an overview of methods and applications. *European Journal of Health Economics*. Núm. 5, 36-45.
- (2005). Economic valuation of informal care: the contingent valuation method applied to informal caregiving. *Health Economics*. Núm. 14, 169-183.