



UNIÓN EUROPEA  
FONDO SOCIAL EUROPEO  
*El FSE invierte en tu futuro*

## Estudios e Investigaciones

# POLÍTICAS PÚBLICAS Y PRODUCCIÓN POLÍTICA DE LA CATEGORÍA DE CUIDADOS: EL CASO DE LA LEY DE DEPENDENCIA

Año 2010-2014

Equipo investigador dirigido por: Amparo Serrano Pascual

- Alba Artiaga Leiras
- Tomas Cano
- Eduardo Crespo
- Celeste Dávila
- Concepción Fernandez Villanueva
- Paz Martin Martín
- Sergio Hernández
- Araceli Serrano
- Angel Zurdo

Universidad Complutense de Madrid

NIPO: 685-15-019-0

Exp.8/10



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SECRETARÍA  
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL  
PARA LA IGUALDAD  
DE OPORTUNIDADES

INSTITUTO DE LA MUJER



Unión Europea

Fondo Social Europeo

*“El FSE invierte en tu futuro”*

## **POLÍTICAS PÚBLICAS Y PRODUCCIÓN POLÍTICA DE LA CATEGORÍA DE CUIDADOS:**

### **EL CASO DE LA LEY DE DEPENDENCIA**

(Fecha de realización: 1. 2011-1. 2014)

#### **INVESTIGADORAS PRINCIPALES:**

**AMPARO SERRANO  
ALBA ARTIAGA**

#### **EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (UCM):**

**ALBA ARTIAGA LEIRAS**

**TOMAS CANO**

**EDUARDO CRESPO**

**CELESTE DAVILA**

**CONCEPCIÓN FERNANDEZ VILLANUEVA**

**PAZ MARTÍN**

**SERGIO HERNANDEZ**

**ARACELI SERRANO**

**AMPARO SERRANO**

**ANGEL ZURDO**

Este texto recoge la memoria del proyecto 8/10 financiado por el Instituto de la Mujer en la convocatoria del 2010.

## TABLA DE CONTENIDOS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN TEORICA .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>1. POLITICAS PÚBLICAS Y PRODUCCIÓN DE SUJETOS .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>2. PRODUCCIÓN POLÍTICA DE LA CATEGORÍA DE CUIDADOS.....</b>  | <b>18</b> |
| INTRODUCCIÓN .....  | 18        |
| MOVIMIENTOS SOCIALES Y LA POLITIZACIÓN DE LOS CUIDADOS .....  | 20        |
| CONTEXTO ECONÓMICO Y SOCIAL: LA CRISIS DE LOS CUIDADOS .....  | 27        |
| <b>3. LOS CUIDADOS Y LA TRANSFORMACIÓN DE LAS IDENTIDADES Y ROLES DE GÉNERO .....</b>   | <b>31</b> |
| <b>4. INTERVENCIÓN POLITICA Y CUIDADOS: LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMIA PERSONAL Y ATENCION A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAAD) .....</b> | <b>38</b> |
| INTRODUCCIÓN .....  | 38        |
| LOS CUIDADOS DESDE UNA PERSPECTIVA COMPARATIVA .....  | 40        |
| EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN POLÍTICA DE LOS CUIDADOS EN ESPAÑA .....   | 41        |
| CONTEXTO DE EMERGENCIA DE LA LAAD .....   | 43        |
| EVOLUCIONES RECIENTES DE LA LEY DE DEPENDENCIA .....  | 47        |
| <b>5- CONTEXTO SOCIAL, PERFIL DEMOGRAFICO Y ESTRUCTURA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADOS... 49</b>  | <b>49</b> |
| PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LOS CUIDADORES Y LEY DE DEPENDENCIA .....   | 49        |
| IMPACTO PSICOSOCIAL DEL EJERCICIO DE LOS CUIDADOS .....   | 55        |
| EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA LAAD Y CRISIS ECONÓMICA .....  | 55        |
| EVOLUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS CON DERECHO A PRESTACIÓN .....   | 57        |
| CONCLUSIONES .....  | 62        |
| <b>METODOLOGÍA .....</b>  | <b>64</b> |
| <b>6. ELABORACIÓN METODOLOGICA .....</b>  | <b>65</b> |
| <b>RESULTADOS.....</b>  | <b>74</b> |
| <b>7. GENEALOGIA DE LA LEY DE DEPENDENCIA: PRODUCCIÓN POLÍTICA MULTIVOCAL.....</b>  | <b>75</b> |
| PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN POLÍTICA EN LA LAAD: LA PREPARACIÓN Y PUBLICACIÓN DEL LIBRO BLANCO .....   | 77        |
| ARTICULACIÓN DE UN ORDEN DELIBERATIVO ENTRE DIVERSAS VOCES QUE PUGNAN POR EL SENTIDO .....  | 81        |
| <b>8. ANALISIS DE LA LEY DE DEPENDENCIA.....</b>  | <b>86</b> |
| POTENCIAL “HERÉTICO” DE LA LAAD: UN ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO .....  | 87        |
| LAS PUGNAS POR EL SENTIDO: REPRESENTACIONES Y VOCES HEGEMÓNICAS EN LA LAAD .....  | 90        |
| <i>Las doxas que induce la ley: la noción de dependencia</i> .....  | 90        |
| <i>La representación del sujeto de cuidados</i> .....   | 95        |
| <i>Representación de los cuidados</i> .....   | 99        |
| CONCLUSIONES .....  | 104       |

|   |            |
|---|------------|
| <b>9. PRÁCTICAS DE CUIDADOS Y EXPERIENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....</b>  | <b>107</b> |
| <b>9.1 NORMAS CULTURALES QUE ARTICULAN LA ÉTICA DE LOS CUIDADOS Y BASES MORALES DE LA MICROSOLIDARIDAD</b>  | <b>108</b> |
| <i>Lógicas legitimatorias en torno a los cuidados: el trabajo de lo dado por descontado .....</i>   | <i>109</i> |
| <i>Éticas de los cuidados y producción de subjetividades de género: los cuidados como performances de feminidad .....</i>   | <i>112</i> |
| <b>9.2. LA DELEGACIÓN DEL CARIÑO.....</b>   | <b>117</b> |
| <i>La demarcación simbólica del buen cuidado .....</i>  | <i>119</i> |
| <i>Espacios jerarquizados de legitimidad del cuidado .....</i>  | <i>122</i> |
| <i>Ambivalencias y contradicciones en torno a la disputa de qué significa cuidar .....</i>  | <i>127</i> |
| <b>9.3. LA NEGOCIACIÓN DEL CUIDADO Y LA GESTIÓN EMOCIONAL.....</b>  | <b>133</b> |
| <b>9.4 LAS VIVENCIAS DEL SER CUIDADO: PARTICIPACIÓN Y AGENCIA EN EL CUIDADO.....</b>  | <b>137</b> |
| <b>1. Introducción .....</b>  | <b>137</b> |
| <b>2. La percepción del sujeto cuidado por parte del cuidador: imágenes identitarias y representaciones sociales.....</b>   | <b>142</b> |
| <b>3. El auto-concepto del sujeto cuidado .....</b>   | <b>159</b> |
| <b>4. El modelo hegemónico tradicional familiarista de la exclusividad-renuncia en proceso de quiebra: fracturas y tensiones.....</b>   | <b>168</b> |
| <b>5. La Ley de atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía (LAAD) como elemento desestabilizador del modelo hegemónico tradicional y potenciador de nuevas hegemonías.....</b> | <b>178</b> |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>  | <b>183</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>  | <b>197</b> |

# INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Esta investigación viene suscitada por la constatación del novedoso, y tal vez potencialmente subversivo, carácter que reviste la publicación de una disposición jurídica como es la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Este potencial inmanente a la ley se asienta no sólo en el reconocimiento político de una ineludible revisión de los fundamentos morales y políticos en los que se había basado la microsolidaridad y la atención a la así llamada dependencia, sino también como catalizador latente de una profunda reformulación de las relaciones políticas de género.

Una confluencia de factores, tales como el envejecimiento demográfico de la población, la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, la creciente intervención de los movimientos de mujeres en la definición del ámbito de lo “problematizado”, la crisis de un modelo de bienestar, etc. explica la progresiva importancia y atención que se está prestando a la cuestión de los “cuidados”. El examen de esta noción muestra una evolución muy notable. Si hace algunos años pocos hablaban de (y “miraban”) los cuidados, la popularización de esta noción aparece en el mismo momento en el que se pone en cuestión, viéndose siempre acompañada, como compañera ineludible, de la coletilla “crisis”. Este profundo interés que ha promovido la cuestión de los cuidados se ha traducido tanto en la multiplicación del número de estudios realizados<sup>1</sup> como en la orientación de políticas y dispositivos de intervención con los que hacer frente, desde diversas perspectivas, a la así llamada “crisis de los cuidados”.

Esta discusión, tanto política como científica en torno a los cuidados, ha permitido orientar la mirada hacia una parcela de la realidad que siempre ha estado allí, pero que era inaccesible a la mirada. Los cuidados se mostraban invisibles, no porque permanecieran escondidos, sino porque nuestras categorías de pensamiento y acción nos impedían verlos. Esta constatación del carácter enigmático que han presentado los cuidados explica que su exploración analítica haya sido conceptualizada con la ayuda de metáforas que aluden a un campo semántico sensorial, como son visibilización, reconocimiento, lentes o gafas de género, etc.

Aunque la noción de cuidados se haya popularizado y extendido recientemente, no quiere decir que no existiera la realidad social que cubría este término. Dada la fragilidad constitutiva del ser humano, una característica inmanente a su condición es

---

<sup>1</sup> Para una reciente y completa revisión de los estudios realizados en este ámbito, véase Carrasquer (2013). Un reciente monográfico de Cuadernos de Relaciones Laborales (vol. 31, nº 1; 2013) recoge algunas recopilaciones de las investigaciones realizadas sobre esta temática desde una perspectiva multidisciplinar.

la profunda interdependencia en la que el sujeto se emplaza. La inexistencia de un término convencional para designar los cuidados es manifestación del carácter invisible que ha acompañado a su ejercicio. Los cuidados eran vistos, pero no mirados. Formaba parte de ese *sentido común* en el que estamos instalados. El uso habitual de la noción de “cuidar” frente a la de “cuidados”, manifiesta en gran medida la acepción semántica que ha adquirido esta noción de manera hegemónica. Se trataba de una acción, y, en menor medida, de un hecho, de un fenómeno social. Los cuidados se realizaban, pero no se pensaban. Y si “pensar” el trabajo asalariado<sup>2</sup> permitió regularlo, el nacimiento de la noción de “cuidados” podría también facilitar su regulación política. Este creciente interés hacia el estudio, regulación y comprensión de los cuidados podría ser expresión, y a la vez catalizador, de importantes cambios en el orden social de género, de la “invención” de una nueva cuestión social que a modo de una nueva aporía permitiría a la sociedad cuestionarse a sí misma. Un importante exponente de esta situación es la reciente publicación de la LAAD (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia), que intenta responder a esta crisis de los cuidados desde una perspectiva institucional.

El objetivo de este trabajo ha sido indagar en los procesos de confusión semántica<sup>3</sup> que está induciendo la crisis de los cuidados, y analizar el nuevo orden de clasificaciones y di-visiones (Bourdieu, 1985) del orden social que se está promoviendo, prestando una particular atención al efecto catalizador que haya podido tener la publicación de la LAAD. Dicotomías de sentido que han articulado un “sentido común” acerca del trabajo, del género y del orden político de la sociedad salarial, como son las establecidas entre el espacio público y privado, emocional y racional, doméstico y productivo o formal e informal, podrían verse reformuladas tras este desorden político y semántico que genera el cuestionamiento de los acuerdos políticos y sociales tradicionales bajo los que se han desarrollado convencionalmente estas tareas.

El estudio de la reciente intervención política recogida en la LAAD nos permite, a partir de un ejemplo concreto, indagar en estos procesos de transformación del orden

---

<sup>2</sup> Véase el análisis que hacen Salais, et al. (1986) y Topalov, (1994), entre otros, acerca de la transformación semántica del significado de la pérdida de trabajo tras el “nacimiento” e “invención” de nociones que invitaron a pensar el problema de desempleo, más que a juzgarlo.

<sup>3</sup> Una de las cuestiones más importantes que ha suscitado esta atención y revisión analítica del concepto de cuidados es la imprecisión de los contornos semánticos que delimitan el espacio conceptual ocupado por esta variable, como resultado de dos procesos: la ambivalencia semántica e indefinición de la acepción del término y la profunda carga semántica, que muestran como esta cuestión se ha convertido en objeto nuclear de una pugna política. La noción de cuidados está muy contestada en la teoría y la práctica, y está sometida a una profunda reconceptualización por su carácter altamente normativo. Tras esta pugna por resignificar esta noción (por un nuevo orden semántico), se está reclamando una redefinición de los pilares que articulan la ética de los cuidados.

simbólico y político que se articulan en torno a las actividades vinculadas a los cuidados. Esta ley responde a una situación de progresiva politización y problematización de las actividades laborales realizadas en el ámbito privado tras la crisis observada y esperada de su ejercicio. La creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, la acelerada prolongación de la esperanza de vida de la población y, con ello, la mayor presencia de situaciones de dependencia que resulta tanto por la dilación de esta condición como de su proliferación en el seno de la población, la multiplicación de modelos familiares alternativos a la familia nuclear extensa, la paulatina transformación de los contratos sociales y morales entre los sexos, debido, en gran medida, al papel jugado por diversos movimientos sociales, el proceso de europeización de la cuestión social, etc. han puesto en la agenda política la necesidad de revisar los acuerdos apriorísticos en los que se basaba el ejercicio de los cuidados. La condición de dependencia, immanente a todo ser humano, ha sido regulada política e institucionalmente en base a una serie de supuestos incuestionables que explica la importante carga moral que disciplinaba su ejercicio. Gran número de dimensiones que conformaban este “sentido común” acerca de los cuidados, como son el espacio “natural” de su expresión (el ámbito doméstico y familiar), los sujetos de la acción de cuidar (mujeres), la naturaleza de su ejercicio (emocional), los criterios de su regulación (informalidad), etc., han sido/pueden ser, en gran medida, re-visitados<sup>4</sup> por esta confluencia de factores.

Teniendo en cuenta este marco analítico, este trabajo de investigación persigue desarrollar una reflexión acerca de la LAAD desde una perspectiva de género. Consideramos que esta ley ha sido una de las respuestas/apuestas institucionales más importantes frente a esta situación de crisis de los cuidados. El análisis que se propone va dirigido a analizar la contribución de la LAAD a esta pugna por el sentido, y, de este modo, vamos a prestar una particular atención a las preconcepciones (conjunto de creencias y conocimientos) acerca del cuidar que moviliza la ley, tratando así de indagar en la participación de esta ley a la producción política de los sujetos de los cuidados y del verbo cuidar.

Para llevar a cabo este objetivo, hemos procedido en dos fases. Una primera fase se ha dirigido a analizar la LAAD desde una perspectiva de género. Para ello, se han tratado de recopilar y de recoger, desde diversas perspectivas analíticas, los principales estudios que han analizado el impacto de esta ley, así como del contexto de

---

<sup>4</sup> Que más que con los ojos, miramos a través de las palabras, es una de las conclusiones en las que incide gran número de autores que, desde una perspectiva psicosocial, han destacado el importante poder performativo de las palabras. En este sentido, diversos movimientos sociales insisten en la importancia de intervenir en la transformación de los *aprioris* en torno a los cuales se ha construido la noción de cuidar, desde un principio que plantea que las luchas políticas son, también y sobre todo, batallas semánticas.



emergencia de la cuestión vinculada a la crisis de los cuidados. Para ello, hemos procedido a identificar las diversas líneas teóricas y desarrollos analíticos que ha planteado y precedido a este debate, y así emplazarnos analíticamente en un marco pluridisciplinar de acercamiento al análisis de la LAAD. Esto nos ha permitido diseñar un marco analítico de estudio de esta ley que permita incluir no solo los factores discursivos e ideológicos que caracterizan a este tipo de intervenciones políticas sino también los factores socio-políticos, y más específicamente, el papel jugado por diversos movimientos y grupos sociales, así como sus interrelaciones.

En una segunda fase, nos hemos dirigido, por un lado, a analizar la genealogía de la ley y los procesos de configuración de esta. Teniendo en cuenta la perspectiva analítica desde la cual abordamos el estudio de la ley, según la cual, el discurso institucional que se plasma en el texto legislativo no sería sino el resultado de una pugna entre diversas fuerzas políticas en constante redefinición, la cuestión vinculada al desarrollo y elaboración de la ley (a su genealogía), nos ha parecido central. Esta cuestión nos permite explorar porqué y de qué manera la dependencia y su contrapartida, los cuidados, se convierten en objeto de una política pública. En esta fase de reconstrucción del proceso de elaboración de la ley, nos hemos servido de un amplio material empírico consistente en la realización de entrevistas en profundidad a actores clave que participaron (o que representan a instituciones que participaron) en este proceso de elaboración de la LAAD y en la recopilación de los principales textos legislativos vinculados con esta ley. Este estudio permite analizar tanto la genealogía de la LAAD como las implicaciones políticas y semánticas de esta.

Por otro lado, esta segunda fase se ha orientado a analizar el impacto de la LAAD y la conformación que ha adoptado en sus prácticas específicas, a fin de identificar los procesos de desplazamiento, de normalización y de negociación de los cuidados. Más particularmente, nos hemos interesado en analizar cómo se (in)filtra la ley en las prácticas cotidianas de ejercicio de los cuidados. Para ello, han sido diseñados 8 estudios de caso que, a nuestro parecer, representan una amplia diversidad de experiencias de prestación de cuidados, tal y como es recogida por la ley. Además de estos ocho estudios de caso, hemos considerado oportuno “asomarnos” a lo que podría entenderse como “casos atípicos” de implementación de los cuidados. En cada uno de estos estudios de casos, hemos intentado recuperar el testimonio de las vivencias de los diversos actores que construyen esta relación de cuidados, y, por tanto, se ha entrevistado tanto a las dos partes directamente vinculadas (“cuidador principal y persona cuidada”), como a otros sujetos implicados, como pueden ser otros cuidadores y familiares y/o gestores de este servicio. Además, teniendo en cuenta la complejidad y diversidad de situaciones que puede cubrir cada uno de los estudios de casos, hemos procedido a realizar entrevistas complementarias para intentar recuperar la modalidad y diversidad de vivencias que participan en esta relación. En

todos estos casos, hemos identificado cuatro líneas temáticas que nos han parecido fundamentales a la hora de estudiar la posible influencia de la LAAD en este espacio tan complejo como es la relación de cuidados: (a) las normas culturales que articulan la ética de los cuidados y las bases morales de la microsolidaridad (obviadas morales en torno a los cuidados, distribución de la responsabilidad frente a los cuidados y construcción de identidades sociales y sexuales); (b) las prácticas de recomposición de las bases morales y sociales de los cuidados tras la delegación del cariño; (c) la negociación del cuidado y gestión emocional y, finalmente, (d) las vivencias de ser cuidado. Estas cuatro cuestiones nos han parecido nucleares a la hora de entender las vivencias y experiencias cruzadas de los cuidados. Nuestro objetivo ha sido identificar cómo la ley de dependencia se aloja (o no) en torno a estas cuatro cuestiones centrales.

Este informe de investigación recopila las principales conclusiones elaboradas a lo largo de estos tres últimos años sobre el tema de estudio. Sin embargo, esta memoria de investigación no es un trabajo acabado. Dada la riqueza de testimonios recogidos en el trabajo de campo y la complejidad de perspectivas puestas en juego, el objetivo de este equipo es continuar profundizando en el análisis del rico material empírico con el que contamos y seguiremos, por ello, tratando de identificar, con mayor detalle en los próximos meses, los puntos de ruptura de estos imaginarios políticos, las ambivalencias en las vivencias, las microrresistencias movilizadas, y la multiplicidad de modalidades y estrategias de construcción política del cuidado.

Las evoluciones recientes de esta ley tras la crisis económica explican que la investigación haya tenido que extenderse más allá del exclusivo análisis de la ley de dependencia, cuya presencia ha sido difícil de identificar en nuestro trabajo de campo por la tímida implantación de este dispositivo y su exclusiva dirección hacia los colectivos en situación de extrema vulnerabilidad, lo cual hacían aparecer dimensiones más complejas en el análisis que las puramente ligadas a la aplicación de la ley de dependencia. En este sentido, hemos primado el análisis de las prácticas de cuidados, tratando de examinar tanto aquellas situaciones en donde la ley de dependencia había jugado un papel central, como otras en donde algunos de los dispositivos previstos en esta ley estaban en curso, pero todavía no habían sido aplicados. De este modo, las conclusiones que plantea este extenso análisis empírico se derivan, no sólo de la presencia e impacto de la ley, sino también de su ausencia en territorios en los que, aparentemente, tendría que haberse manifestado.

# INTRODUCCIÓN TEORICA

## 1. POLÍTICAS PÚBLICAS Y PRODUCCIÓN DE SUJETOS<sup>5</sup>

Una primera cuestión que sería necesario precisar es qué entendemos por políticas sociales y prácticas de intervención como son la propuesta por la LAAD, a fin de hacer explícito en qué marco analítico vamos a ubicar esta investigación. Las políticas sociales e intervenciones legislativas son concebidas como manifestaciones empíricas de procesos de institucionalización de la cuestión social, y en este sentido, un modo de conceptualizar esa aporía que planteaba Castel entre la búsqueda de orden social y de justicia. Pueden así ser entendidas como modos de organizar colectivamente respuestas para aquellas cuestiones que son consideradas como problemas públicos importantes y centrales para mantener la cohesión social en una determinada colectividad. Desde esta perspectiva, las políticas públicas constituyen *“el espacio en donde una sociedad dada construye su relación con el mundo. Las políticas públicas deben ser analizadas, por tanto, como procesos a través de los cuales se elaboran las representaciones que una sociedad se da para entenderse y actuar sobre lo real”* (Muller, 1990: 59).

Las nociones con las que nombramos cuestiones como la dependencia o la vulnerabilidad son, por tanto, el resultado de luchas permanentes y de relaciones de fuerza. Las políticas de empleo pueden así verse como un campo de luchas destinado no solo a tanto a transformar o reproducir el campo semántico, sino más bien a imponer la definición de las reglas del juego. Como ya señalaba Bourdieu (1985: 28), *“si por una parte la estructura del campo social es definida en cada momento por la estructura de la distribución del capital y de los beneficios característicos de los diferentes campos particulares, en cada uno de estos espacios puede ponerse en juego la definición misma de lo que está en juego y las respectivas cartas de triunfo. Todo campo es el lugar de una lucha más o menos declarada por la definición de los principios legítimos de división del campo...”*. Por tanto, en los campos se producen constantes definiciones y redefiniciones de las relaciones de fuerza entre los agentes comprometidos con el juego, y es en donde se definen los límites de cada campo así como sus relaciones con los demás (por ejemplo, los campos económico y social).

Una dimensión central en el análisis de los modos como regulamos la conducta, de las formas como nos aprendemos a entender como sujetos sexuales, y de las prácticas que nos configuran como sujetos de actividades como son las de cuidados, viene definida por los dispositivos y tecnologías sociales que delimitan una verdad sobre nosotros mismos y conforman modalidades de intervención sobre esta. Forman parte

---

<sup>5</sup> La redacción de este capítulo ha corrido a cargo de Amparo Serrano Pascual

de estas tecnologías de producción de sujetos las intervenciones legislativas, ya que inducen formas de pensar y de actuar, prácticas y rutinas que intervienen en el modo como nos construimos como personas, producen efectos de verdad y modos de conocimiento acerca de quiénes somos (dispositivos de gubernamentalidad). Estas técnicas delimitan lo que es problemático en la conducta y lo que es considerado como normal, y configuran, a un mismo tiempo, un orden de responsabilidades, esto es, intervienen en las vivencias del propio género. Juegan así un papel importante en la producción del sujeto de cuidados y/o del sujeto vulnerable cuya fragilidad viene definida por su explicitada dependencia. Por tanto, estas intervenciones legislativas no sólo intervienen en la atención a personas vulnerables sino que contribuyen a su definición, a la producción de subjetividades y respaldan o interpelan formas determinadas de poder social.

Por ello, una dimensión importante de las políticas públicas es su dimensión ideológica, lo que convierte a los textos legislativos en expresiones discursivas de este campo de fuerzas. Tal y como diversos estudios históricos han puesto de manifiesto (Salais et al, 1986; Topalov, 1994; Bilbao, 1998; Cabrera, 2001), la emergencia de procesos de intervención política no es (sólo) el resultado de la aparición de nuevos problemas sociales y políticos sino de los cambios semánticos e ideológicos que se han inducido. En este sentido, una perspectiva particularmente fértil los últimos años es aquella que analiza el importante papel que juegan los marcos semánticos en la articulación entre un nivel representacional y un nivel normativo. Estos marcos interpretativos integran paradigmas políticos que definen tanto las metas a conseguir como la naturaleza del problema (Hall, 1993). El análisis del discurso supone un instrumento adecuado para el estudio de estos marcos (Taylor-Gooby, 2005).

Por ello, el análisis de los “juegos del lenguaje” (Wittgenstein, 1953) a los que recurren los poderes públicos para nombrar el problema, asignar responsabilidades y legitimar intervenciones sociales y relaciones de fuerza adoptan un papel fundamental. Estas intervenciones inducen una concepción acerca de cuál es el interés general y de cómo entender la solidaridad. Diversas perspectivas teóricas confluyen en el reconocimiento del discurso como una práctica social en sí misma, en oposición a la idea de que el lenguaje es un medio neutro para definir la realidad (Bourdieu, P; 2001, Foucault, M.; 1999, Wetherell, M. y Potter, J.; 1996, Parker, I.; 1992). No sería un instrumento que media entre los individuos y la realidad, sino que esta es producida precisamente por el lenguaje. El lenguaje pasa a ocupar así un lugar central en el análisis de la acción y de su dimensión performativa (la “magia social” del lenguaje) y en el estudio de la construcción social “disputada” de los procesos de normalización y de nominación.

El punto de partida de esta perspectiva analítica, dirigida a estudiar las tecnologías de producción de verdad (acerca del género, del cuidar, de la dependencia) y en el poder de nombrar de diversas instituciones y grupos sociales, es la consideración del carácter

inacabado e indeterminado de lo que se define como verdad, al ser resultado de un equilibrio, siempre contingente, de fuerzas. Por tanto, es necesario ubicar las prácticas discursivas en un campo de fuerzas (muchas veces de actos delegados) que autorizan. Esta autoridad procede del poder (delegado) de las instituciones sociales, de los hábitos y de la *doxa* naturalizada que permite el re-conocimiento de esta autoridad (Bourdieu, 1985). Las intervenciones legislativas se configurarían de este modo como actos de habla que participan en un proceso de lucha por definir los principios de clasificación y división del orden social en un juego móvil y reversible de negociaciones y tensiones. Por tanto, las cuestiones que configuran la realidad en la que “habitamos” no vienen dadas de antemano, sino que se construyen a partir de complejos procesos de nominación y de clasificación que estructuran la percepción de los agentes sociales (Bourdieu, 1985). De este modo, se plantea una estrecha relación entre lenguaje e ideología, entendiendo a esta última como los modos como los seres humanos comprendemos nuestra relación con el mundo (Thompson, 1987), y, está, por tanto, vinculada a la producción de conocimiento y de sentido. Cuestiones sociales como la pobreza, la vulnerabilidad, la dependencia, etc. no serían objetos preexistentes frente a los que la sociedad actúa de forma diferencial según la época histórica sino que son construcciones contingentes que nacen cuando se aplican determinadas matrices categoriales y patrón de significados (Cabrera, 2001)

En este contexto analítico pueden estudiarse intervenciones como la ley de dependencia. Las políticas sociales no sólo se dirigen a luchar contra un problema sino que contribuyen también a combatir (o a plantear) una forma de *nombrarlo*. La LAAD participaría, de este modo, no solo en la lucha contra la (así llamada) dependencia sino también en el combate por denominarla. Las políticas sociales llevan a cabo, de este modo, una importante contribución a una política de producción de sujetos. Esto es, un análisis genealógico de las nociones que polarizan los debates acerca de la crisis de los cuidados pone de manifiesto un progresivo desplazamiento de los objetivos de la intervención pública. Los a priori y asunciones que facilitaron la familiarización y feminización de los cuidados van a verse cuestionados desde diversos frentes. Un nuevo conjunto de creencias acerca de la dependencia o de la diversidad se instalan, y la noción de cuidados encarna, en gran medida, este nuevo *sentido común* acerca de la vulnerabilidad.

Políticas públicas como la LAAD van a representar, de este modo, el espacio en donde una sociedad se problematiza y donde construye su legitimidad política. Configuran una definición de los objetivos y una representación del problema, así como del rol del estado y de otras instituciones sociales (Surel, 1990). Articulan prácticas, como las promovidas por el sistema jurídico y otras disciplinas como la psicología, la medicina, etc., dotadas de un importante poder simbólico para conformar los juegos de verdad (Foucault, M.; 1999; Brockling, Krasmann y Lemke, 2013). Sin embargo, el gobierno de

la subjetividad no está exclusivamente condicionado por instituciones sociales que configuran lo que es posible observar y pensar, sino que también los encuentros cara a cara y los rituales sociales que forman parte de la interacción social participan o impugnan las normas sociales y las presuposiciones normativas que delimitan las bases morales de los cuidados (Goffman, E.; 1983; Butler, J.; 2001). Por eso, para comprender los procesos de producción política de categorías y de definición de la realidad social debemos analizar las relaciones políticas como una malla compleja de interacciones, conductas, procesos, actitudes y tecnologías de gobierno, que afecta a la formación de la realidad social y de los sujetos.

La publicación de la LAAD podría contribuir a producir marcos interpretativos alternativos con los que pensar los cuidados. En este sentido, consideramos que esta ley podría integrar un nuevo paradigma epistémico, esto es, un modo alternativo de nombrar el problema y asignar, a un mismo tiempo, responsabilidades para combatirlo. Nos hemos centrado en identificar los fundamentos normativos de esta ley, intentando mostrar cuál es ese “terreno común” con el que los interventores y los actores se enfrentan al problema, el conjunto de creencias y asunciones generales sobre los que se constituyen los presupuestos propios de este paradigma. Estas asunciones normativas se basan, en gran medida, en nociones ontológicas y concepciones antropológicas no cuestionadas. Por ello, detrás de estas nociones que fundamentan el paradigma, hay una metafísica, una serie de asunciones acerca del cuidador y del sujeto cuidado que no son ajenas a un determinado contexto sociopolítico.

Por tanto, las políticas sociales son productoras, y a un mismo tiempo resultado, de prácticas discursivas cuyos elementos adquieren un significado en un contexto específico. De ahí que, tal y como describe Kuhn (2005), los cambios en un paradigma epistemológico suponen no sólo una revisión o transformación de una teoría aislada, sino un cambio profundo en las nociones en las que se basa, el tipo de preguntas que se consideran válidas, y la visión del mundo que expresan; esto es, suponen una revolución cognitiva. El modo de interrogación condiciona los datos extraídos. En este sentido, la adhesión a un paradigma implica no sólo un modo de acercarnos al mundo, sino también de posicionarnos frente a él. La publicación de la ley de dependencia supuso no sólo un modo de intervenir frente a la situación de vulnerabilidad de gran número de colectivos, sino también una cierta concepción de esta y del papel de las instituciones públicas para combatirla.

El punto de partida de esta reflexión subraya, por tanto, el potencial transformador de esta ley al poder inducir, aunque sea de forma indirecta, el cuestionamiento de un gran número de aprioris que han hecho posible la regulación moral y la ética de los cuidados. Sin embargo, una de las principales conclusiones de este trabajo es que, a pesar de este potencial *herético* de la ley, la noción de cuidados y de vulnerabilidad

que subyacen en su formulación concreta así como los modestos recursos para su implementación, no permiten inducir una revisión de gran número de asunciones de género. Otras investigaciones<sup>6</sup> se han centrado en analizar el limitado alcance de esta ley debido a los limitados instrumentos disponibles, que se han exacerbado, de forma exponencial, los últimos años. Esta cuestión es clave y central para el estudio del alcance y consecuencias de esta ley. Sin embargo, en este trabajo, queremos centrarnos en analizar otra dimensión complementaria, que no ha sido apenas objeto de estudio en las investigaciones acerca del impacto de la ley en términos emancipatorios, que es el análisis de la capacidad performativa de esta intervención legislativa en términos culturales, y su vínculo con las paradójicas premisas de las que parte, que forman parte de un orden cultural y político, y que esta ley no permite reformular.

Para entender esta paradójica posición de la ley frente a un nuevo orden semántico del género, hemos analizado algunas cuestiones vinculadas a su genealogía y a su

---

<sup>6</sup> Los diversos estudios realizados podrían agruparse en tres bloques temáticos relacionados entre sí. En primer lugar, podríamos destacar aquellas investigaciones que valoran el impacto e idoneidad de la ley de dependencia desde un marco de análisis centrado en las políticas públicas y del bienestar, y en concreto, en la capacidad de dar cobertura a las necesidades de las personas en situación de dependencia. El centro de atención de estos estudios es la garantía de derechos sociales que proporciona a las personas mayores o con diversidad funcional, los modos de financiación o los procesos de mercantilización de la provisión de servicios (Rodríguez Cabrero, 2007, Monserrat 2006, Casado 2004, entre otros). En este marco analítico, se ha estudiado, por ejemplo, la repercusión de la ley en la creación de empleo y en las nuevas necesidades formativas de los trabajadores (Instituto Regional de las Cualificaciones de la Comunidad de Madrid 2010; Herce, Labeaga, Sosvilla y Ortega 2006), los costes que supone o supondrá la ley (Dizy 2010), etc.. En segundo lugar, es particularmente notoria, desde hace varias décadas, la producción de estudios que, desde una perspectiva de género, investigan el grado en que las políticas sociales de los diversos regímenes de bienestar legitiman y/o promueven una organización social de los cuidados “familiarista”. Estos estudios ponen el énfasis en la falta de atención, por parte de los enfoques dominantes sobre políticas públicas, a la esfera familiar y privada, y destacan la necesidad de introducir el género en la problematización de las cuestiones sociales a las que tratan de dar respuesta estas políticas. Esta perspectiva insiste en la necesidad de revisar el diseño de las mismas para integrar las vivencias invisibilizadas que experimentan muchas mujeres. Los cuidados aparecen definidos desde esta perspectiva como una dimensión central en el análisis del bienestar y de las políticas públicas (Lewis 2011; Rodríguez 2011; Arriba y Moreno 2009; Bettio, Simonazzi y Villa 2006; Daly y Lewis 2000; O'Connor 1996; Sainsbury 1994; Orloff 1993; Fraser 1989, entre otros). En España, contamos con un importante trabajo de evaluación de las políticas sociales y sus efectos en la redistribución de las responsabilidades sociales de los cuidados, principalmente centrado en el análisis de las políticas de conciliación y de igualdad (De Villota 2008; Torns 2007; Bustelo y Lombardo 2006; Carrasco, Borderías, y Torns 2001; Campillo, 2013; etc.) Finalmente, podemos también destacar algunos estudios más específicos que, desde una perspectiva de género, analizan la LAAD como propuesta innovadora para la institucionalización de los cuidados (Bustelo y Lombardo 2006; Pérez 2006; Peterson 2011; Rogero 2010; entre otros). Esta recopilación de estudios no es sin embargo exhaustiva, ya que es particularmente notoria la multiplicación de investigaciones dirigida a analizar el impacto de esta ley.



puesta en práctica en casos específicos. Estudiamos, por tanto, esta ley como el resultado de una lucha de fuerzas políticas y semánticas entre diversos grupos sociales, de carácter asimétrico, que pugnan por el sentido. Para estudiar la particular hegemonía de unas voces frente a otras, es necesario explorar los diversos procedimientos de intervención política en manos de los distintos actores que han participado en la constitución de esta ley: los ritos de institución y tecnologías de legitimación promovidos como antesala de la ley, uno de cuyos mejores exponentes es el Libro Blanco; los espacios de participación previstos institucionalmente, como es el diálogo social entre los interlocutores sociales y actores gubernamentales, los Consejos Estatales, los Foros de participación política el Parlamento y las vías más informales que han promovido un orden deliberativo, como son las plataformas de movilización, las protestas, las iniciativas de personas, etc. Pero es también en las prácticas cotidianas en donde se construye y/o reformula el significado de cuidar, de la dependencia y de las relaciones de interdependencia.

Aunque estos espacios de intervención política están estrechamente vinculados, su estudio por separado permite entender la posición política que han tenido diversos actores en el diseño de esta iniciativa. Por ejemplo, las concepciones y asunciones que se plantean en la ley acerca de qué significa cuidar, quién es el sujeto legítimo de ejercicio de cuidado, cuáles son las lógicas que regulan los cuidados, etc., son resultado, en gran medida, de las posiciones desiguales de las voces de diversos actores sociales, y del control político de recursos asimétricos. Como resultado de esta posición asimétrica en la que participan diversas voces, en esta ley domina una representación mercantilizante de la prestación que restringe el derecho a la promoción de autonomía, al desarrollo de las condiciones de ejercicio de la soberanía de un cliente que puede acceder libremente a los servicios. Esta situación se ha visto exacerbada por la ausencia de recursos en manos de la ley, que ha incapacitado el establecimiento de una amplia cobertura pública para dar respuesta a lo que la ley ha definido como un derecho social.

Esta representación hegemónica de la dependencia promueve la despolitización e individualización de los cuidados al desconsiderar el contexto político y social que regula el ejercicio de la actividad y omitirse la conexión que estas situaciones tienen con desiguales relaciones de poder. Esta concepción despolitizada de la dependencia omite cualquier reflexión acerca de la distribución naturalizada de las responsabilidades en el ejercicio de los cuidados y del significado asignado al hecho de cuidar y a la condición de dependencia. En este sentido, el modelo que se desarrolla en España es muy diferente al abordado en otros países europeos como los nórdicos, en donde el sistema se constituyó en parte como respuesta a las demandas de las mujeres trabajadoras y que se cimentó tras una amplia y extensa red pública de cobertura de esta demanda social.



## 2. PRODUCCIÓN POLÍTICA DE LA CATEGORÍA DE CUIDADOS

### INTRODUCCIÓN<sup>7</sup>

La categoría de cuidados es compleja en cuanto a su significación. Y si polisémico es su significado, variada es también su construcción analítica. En esta investigación, la categoría de cuidados va a ser comprendida, más que como una actividad, como una relación; más que un sustantivo, un verbo; más que una prestación una práctica interdependiente. Nos acercamos, por tanto, a dicha categoría, no en tanto que sustancia, sino como un proceso, fruto de una negociación constante entre diversos marcos y contextos de interpretación. En esta negociación, han participado actores diversos que han contribuido a enriquecer y a formular la orientación política dominante frente a los cuidados.

En torno a la categoría de cuidados están convergiendo, a lo largo de las últimas décadas, las demandas de diversos movimientos feministas y de otros movimientos sociales de colectivos de mayores y de personas en situación de diversidad funcional, las investigaciones de la comunidad científica, al convertirse en un importante objeto de estudio y debate, y un proceso de incorporación de este concepto al lenguaje de las políticas sociales de la Unión Europea y de los estados nacionales. Los cuidados se han convertido en una de las cuestiones más importantes en el seno de las políticas públicas en muchos países en los últimos años (Timonen, 2005; Pfau Effinger, 2014). En el contexto español, esta situación se ha traducido en la extensión de estudios académicos sobre la materia, en la proliferación de regulaciones políticas que establecen marcos de intervención para ordenar socialmente los cuidados y en la multiplicación de actores (asociaciones, sindicatos, empresas, estado, etc.) que abordan la cuestión, convertida en aporía, de la cobertura ante las situaciones de especial vulnerabilidad, que anteriormente quedaban reducidas a la atención asistencial prestada por las familias (mujeres), o a una intervención paliativa, cuando este núcleo de microsolidaridad fallaba, promovida por instituciones asociadas a la iglesia católica.

---

<sup>7</sup> La redacción de este capítulo ha corrido a cargo de Alba Artiaga Leiras y recupera algunas de las conclusiones elaboradas de forma más detallada en su tesis, *“Producción política de los cuidados y de la dependencia: políticas públicas y arreglos sociales en torno a la organización de los cuidados”*, dirigida por Amparo Serrano en la Universidad Complutense de Madrid y realizada en el marco de este proyecto de investigación.

A pesar del creciente y reciente protagonismo de los cuidados, esta cuestión forma parte desde hace tiempo de la semántica política<sup>8</sup>, promovida principalmente por parte de académicas feministas y movimientos de mujeres, pero su problematización no era extensible a otros ámbitos y no adquiría el calado y la amplitud que se le otorga en la actualidad. Por tanto, lo característico del momento actual es la creciente *politización* de la cuestión de los cuidados que facilita su visibilización, pasando de la esfera del *desconocimiento* social a una esfera del *reconocimiento* social que pone el énfasis en la necesidad de regularlos colectivamente.

De este modo, la categoría de cuidados se ha convertido en un importante nudo de intervención política por parte de los estados europeos y de otros organismos internacionales como la Unión Europea. Políticas como la conciliación (o, como se conceptualiza desde el mundo anglosajón, “re-conciliation”) de la vida laboral y familiar, la regulación del empleo del hogar o la atención a la *dependencia* se convierten en ejes vertebradores de una nueva generación de políticas sociales. La institucionalización de la cuestión de los cuidados contribuye (además de ser resultado de) a la discusión social y a emplazar estas cuestiones en el centro de la intervención política.

Este creciente énfasis en la cuestión de los cuidados se ve reforzada por las contradicciones en las que se insertan las recientes modalidades de organización social ante la radicalización de la modernidad, y del mito del sujeto autónomo y autocontenido, y de su economía de mercado. La promoción de un ideal de sujeto autónomo, que responda fielmente a las contradictorias exigencias del mercado, la ausencia de mecanismos colectivos ante el envejecimiento de la población, la combinación de exigentes requisitos del mercado sobre los trabajadores y de fuertes demandas morales para el cuidado que recaen sobre las mujeres, así como el desmantelamiento de mecanismos de protección social, favorecen la necesidad de implementar regulaciones que atiendan a estas situaciones.

La regulación y la expansión de la cuestión de los cuidados en el debate público es resultado de la pugna de diferentes actores sociales para definir la realidad social. Para comprender la producción de esta cuestión como categoría política, en primer lugar se analizan los marcos de representación que han inducido diversos movimientos feministas que han jugado un papel relevante en la definición de los cuidados y que ponen en evidencia la necesidad social de nombrar e intervenir sobre esta cuestión. En segundo lugar, se indaga en el contexto social y económico que caracteriza el estallido

---

<sup>8</sup> Por semántica política entendemos el conjunto de nociones y discursos que articulan el ámbito de lo que se considera problemático y problematizable, y, por ello, se opone a aquellas cuestiones que se nombran bajo un marco naturalizante que las invisibiliza y hace de ellas leyes inexorables.

de esta cuestión como un problema público y político. En tercer lugar, es preciso observar los modos en que se produce el *reconocimiento* de esta cuestión por parte de los poderes públicos y la búsqueda de respuestas ante la tensión que plantean las demandas de cuidados y el creciente aumento de la vulnerabilidad social.

## MOVIMIENTOS SOCIALES Y LA POLITIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

El surgimiento de la categoría de cuidados y su ordenación como una cuestión política de interés común es resultado de un proceso histórico muy complejo en el que participan distintos actores sociales que integran las luchas por el reconocimiento social y conflictos por la hegemonía de sus intereses. Esta categoría es resultado de la lucha de diversos actores sociales en diferentes contextos históricos, y su nominación y politización surge en la construcción de nuevas subjetividades que plantean puntos de ruptura a los marcos de referencia dominantes en torno al género, el trabajo o las necesidades sociales.

Su origen se sitúa en la noción de trabajo doméstico o trabajo reproductivo que los movimientos feministas de los años sesenta acuñan para designar las actividades que las mujeres realizan en la familia para atender a sus miembros. Las aportaciones de estos movimientos sociales contribuyen, entre otras cosas, a visibilizar y a dar valor social a estas actividades que consideran deben ser reconocidas bajo la categoría semántica de trabajo ya que posibilitan la reproducción de la esfera productiva. La cuestión que articulaba su movilización era la demanda de reconocimiento del estatus de plena ciudadanía y la garantía de igualdad de derechos sociales, en una sociedad en la que estos se asocian a la participación en el empleo (Borderías, Carrasco y Alemany, 1994). El concepto era acotado y se servía del mercado como referente analítico para otorgar valor social a estas actividades. Además se planteaba desde una mirada más mecanicista del término, que se restringía a visibilizar las actividades materiales y labores realizadas en el seno de los hogares (alimentación, higiene y otras tareas domésticas) (Vega, 2009). Más adelante, ya por los años 80 se comienza a hablar de la cuestión de los cuidados otorgando una mayor complejidad a su definición. Autoras como Gilligan y Chodorow amplían la extensión de su significado incorporando aspectos emocionales y relacionales a su definición, vinculándolo con disposiciones sociales que favorecen la reproducción de los sujetos, aunque en ocasiones se recurre al esencialismo para acuñar una cierta naturaleza femenina a la actividad (Chodorow, 1978, Gilligan, 1985).

Más recientemente, algunos autores plantean el carácter multidimensional de la categoría de cuidados (Thomas, 2011), haciendo más difícil establecer las fronteras de la definición de los cuidados. Algunas propuestas desde la economía feminista

plantean los cuidados como una cuestión social más amplia que pueda dar respuesta a la vulnerabilidad de la vida y a la radicalización de las economías de mercado. Señalan la necesidad de poner los cuidados en el centro de la organización social, de modo que se priorice la sostenibilidad de la vida frente a la acumulación de capital (Pérez Orozco, 2006). En este marco reflexivo, algunas autoras, vinculadas al análisis de los estados de bienestar y de las políticas públicas, proponen sacar el *care* de la esfera privada e integrarlo en una dimensión de lo público, a través de las políticas de bienestar comunitarias y nacionales. Esta discusión plantea el reto de cambiar el *care in the community* por el *care by the community* y la ruptura de la división público-privado, de modo que la categoría de cuidados empiece a incorporarse al lenguaje comunitario europeo y se plantee como prioridad política de los estados y de la política social europea (Letablier, 2007). En este contexto, autoras como M<sup>a</sup> Ángeles Durán inciden en la incapacidad o desinterés en percibir su existencia, ya que su observación implicaría una profunda redefinición en la distribución de las responsabilidades (y posiciones políticas) entre el Estado, el mercado y las mujeres, aunque (y de forma diferenciada entre países) está empezado a incorporarse como una prioridad política de diversos estados miembro (Durán, 2007).

Por tanto, en un primer momento la politización de la cuestión de los cuidados parte del concepto de trabajo doméstico y de las reivindicaciones en torno al reconocimiento de estas actividades como actividades laborales. El énfasis ha sido la puesta en cuestión de la dicotomía trabajo/no trabajo o productivo/improductivo que ha predominado desde los inicios de la industrialización. Más adelante, los nuevos significados y modos de nombrar el problema inciden en la necesidad de visibilización de la dimensión inmaterial y emocional de estas actividades, que se asocian con una socialización femenina en el ser para los/as demás y en el altruismo.

Este intenso debate ha facilitado el enriquecimiento conceptual y analítico del concepto de cuidados. Diferentes reconceptualizaciones, y redescubrimientos de voces feministas, académicas y políticas, han posibilitado la propuesta de formas alternativas de interpretar la realidad social, que cuestionan el orden de género y las dicotomías entre lo que es trabajo/no trabajo, lo público/privado o lo familiar/profesional. Por ello, es preciso referirse a los cuidados como un concepto polisémico, que integra diferentes acepciones semánticas y que no existe un consenso acuñado en su definición. Los diferentes marcos normativos en torno a los cuidados que conviven en la actualidad son resultado de luchas históricas y de un contexto social concreto, y mantienen una permanente batalla semántica por definir lo que debe ser la frontera de los cuidados.

Este creciente debate y su enriquecimiento a partir de la incorporación de otros movimientos sociales explica que cuando se habla de los cuidados ya no solo se nombren las actividades concretas asociadas a esta dimensión material y relacional

(atención a mayores, niñas/os o personas con diversidad funcional, atención a las tareas del hogar, etc.). La así llamada *crisis de los cuidados* ha puesto en el centro del debate su proceso de desestabilización. Este concepto actual de cuidados induce una nueva perspectiva política, que trasciende la definición de una serie de actividades que se realizan tanto en el ámbito de lo privado como en el público, que pueden ser o no remuneradas, familiares o no, y que implican tanto la puesta en marcha de afectos como de tiempo para su realización. Los cuidados como perspectiva política implican un nuevo modo de mirar la realidad social, que no ponga en el centro a los mercados, sino la consecución de la buena vida. En realidad hay voces que consideran que el uso del concepto de cuidados no representaría sino la hegemonía de una metonimia con la que se habla de los cuidados (la parte) para pensar en un nuevo mundo social (el todo) (VV.AA., 2010).

La revisión genealógica de la categoría de cuidados permite identificar su carácter normativo, y su comprensión permite rastrear los modos de problematizar la categoría de cuidados ante la creciente expansión de su utilización en el debate público (medios de comunicación, instituciones públicas, academia, movimientos sociales, etc.) y el carácter construido y político que hay detrás de la puesta en marcha de medidas y modos de organización de los cuidados tras su reciente politización. La comprensión de su normatividad permite desvelar la dimensión política que hay detrás de los presupuestos que los expertos y científicos acuñan en su definición y a la de otras categorías aledañas, otorgándolas una legitimidad científica o técnica que posibilita la hegemonía de unos marcos normativos por encima de otros.

La evolución histórica de esta categoría permite desvelar no sólo que esta noción no es políticamente neutra, sino también que bebe de luchas históricas por el reconocimiento social o por la integración de nuevos significados que configuran un orden social de género. Podrían identificarse en esta trayectoria histórica del concepto disputado, abierto y contingente de cuidados una serie de marcos interpretativos cuya diversidad es resultado, en gran medida, del momento histórico en el que esta noción es sometida a deconstrucción.

El primer marco interpretativo analizado (y denunciado) por estos estudios se basa en la naturalización del rol de las mujeres, que promueve la obligación moral de *ser para los otros* y de atender a las labores del hogar. Este marco problematiza la desigual posición de las mujeres a la hora de acceder a derechos y a espacios atribuidos socialmente a los varones, tales como la política o el trabajo en el mercado. Se apuesta por una igualdad formal en el acceso a estos ámbitos de la vida *pública*. Estas propuestas de revisión del orden social de género han sido, sin embargo, reformuladas y parcialmente cuestionadas por considerarse que la revisión debía de profundizar más en las cuestiones de fondo que suscitan un orden asimétrico de género. Estos planteamientos, que revisan los síntomas y no las causas, se dirigen a conquistar los

espacios vetados a las mujeres sin cuestionar los modelos preestablecidos, respondiendo además a un modelo hegemónico de poder (aquel que corresponde a la mujer burguesa). Sin embargo, su crítica a la asignación de roles diferenciados a hombres y mujeres por naturaleza ha contribuido a mitigar desigualdades efectivas que afectan a muchas mujeres (como el acceso a la independencia económica o a la educación).

Esta crítica ha suscitado diversos marcos interpretativos que comparten sin embargo algunos espacios de consenso. Confluyen en que el punto de partida es la necesidad de descentrar los mercados o paradigmas androcéntricos. En este sentido, pretenden recuperar elementos *femeninos* no reconocidos, de modo que se valore a las mujeres como sujetos sociales y a sus actividades como socialmente significativas. Asimismo, pretenden visibilizar las relaciones de poder de género que existen en las estructuras dicotómicas público/privado, masculino/femenino o trabajo/no trabajo, y transformar estas relaciones denunciando su carácter injusto. Sin embargo, aunque presentan algunos puntos en común, las representaciones que hacen de los problemas, así como las soluciones que proponen difieren en gran medida.

Los marcos interpretativos que se corresponden con las voces del feminismo radical y marxista han sido relevantes en la visibilización y valorización de las experiencias de las mujeres y en la denuncia de su omisión por parte de los sistemas de dominación patriarcal y capitalista, que se apoyan y refuerzan mutuamente. Su propuesta va dirigida a la reversión de las jerarquías, de modo que las experiencias y las actividades asignadas a las mujeres adquieran protagonismo y reconocimiento en la sociedad. Desde el feminismo radical, la división sexual se constituye como un factor central de opresión de las mujeres, y consideran que el patriarcado y el capitalismo se basan en el mantenimiento de la diferencia sexual para justificar la desigualdad de las mujeres en todos los ámbitos. Prestan atención a la división sexual del trabajo, pero también tienen en cuenta otras formas de opresión como son la violencia o la prostitución, que creen que se omiten al reducir el análisis a la economía. El feminismo marxista, desde una visión más economicista, observa el origen de la subordinación de las mujeres fundamentalmente en la división sexual del trabajo y plantea el trastocamiento de las jerarquías de modo que se considere prioritaria la producción doméstica. Se defiende una organización de la producción en función de las necesidades de la reproducción. Incorporan el concepto de producción doméstica o trabajo reproductivo para revalorizar las actividades realizadas tradicionalmente por las mujeres. En ocasiones, los intentos por valorizar las actividades invisibilizadas, de forma que se equiparen en reconocimiento social a aquellas valoradas por el imaginario colectivo, promueven que en dicha revalorización se establezca al mercado como punto de referencia. A partir de este nuevo baremo de valorización social, se cuantificará la contribución de estas actividades al PIB. Se pretende asignar a las actividades de cuidados la categoría de



trabajo o se justifica la necesidad de asignar un salario a las trabajadoras domésticas. Asimismo, se pretenden superar las dicotomías trabajo/no trabajo y productivo/improductivo, pero se crean otras como trabajo en el mercado/trabajo doméstico.

Desde los feminismos radical y marxista se nombra el patriarcado como estructura de dominación diferente al capitalismo, y se pone el énfasis en atender a su funcionamiento para destapar dominaciones hasta el momento ocultas. Pero, en pocas ocasiones se atiende a la conexión y las interrelaciones entre ambos sistemas, salvo en las teorías sobre el sistema dual. Estas explican las relaciones entre ambas estructuras de dominación y analizan las conexiones entre el capitalismo y el patriarcado, a fin de facilitar la comprensión de la segmentación en el mercado de trabajo o de la desigualdad de salarios entre hombres y mujeres.

Teniendo en cuenta la interrelación entre el mercado y la familia, las perspectivas feministas sobre el estado de bienestar amplían el análisis al considerar que es importante incluir en el estudio de la provisión social y del bienestar, no únicamente las relaciones de poder que se dan en el seno del mercado o de la familia, sino también el papel del estado como elemento regulador de estas relaciones de poder. Consideran que un análisis de los cuidados tiene que incidir en un reparto de las responsabilidades entre estado, familia, mercado y sociedad civil, y aunque ya no hablan tanto en términos de explotación de clases sociales o de clases sexuales, consideran que existen dominaciones promovidas tanto por la familia como por el estado y el mercado. Confían en el poder de las políticas públicas para regular el reparto de los cuidados, integran el concepto de *social care* y consideran que en el análisis del bienestar es imprescindible atender a los cuidados no solo en el ámbito de la infancia (que es mayoritario en posturas anteriores) sino también ante situaciones de vejez y de diversidad funcional.

Existen feminismos que tienen en cuenta el estado o el mercado como referentes para analizar la subordinación de las mujeres. Sin embargo, existen otras posturas, como el feminismo radical, el anarquista o el de la diferencia, que proponen nuevos imaginarios en torno a los modos dominantes de organización de la sociedad. Pretenden descentrar los mercados y lo masculino y plantean un nuevo orden social que ponga en el centro las experiencias de las mujeres. Una primera aproximación es la que realizan el feminismo cultural y el feminismo de la diferencia, que proponen no solo revertir las jerarquías en torno al género, sino situar las vivencias de las mujeres en el centro. Se considera el rol asignado a las mujeres como ámbito privilegiado desde donde observar el mundo. Se esencializa la experiencia femenina y se produce una exaltación de los valores considerados femeninos como la dulzura, la ternura o el ser para los demás. Sus propuestas van dirigidas a reconstruir la realidad social en base a un nuevo mundo simbólico femenino basado en la solidaridad, las redes de apoyo y los

cuidados. Algunas propuestas del anarco-feminismo también señalan la vuelta al deseo femenino mutilado, al amor y a la madre. Estas posturas además cuestionan la legitimidad de la familia como unidad de convivencia y para revertir este ordenamiento social plantean la ruptura del matrimonio, la apuesta por el amor libre, y las comunidades de convivencia. Esta última propuesta también se acerca a algunas voces del feminismo radical, como Sulamith Firestone, que plantea el ensayo de comunidades de crianza y la disociación de la maternidad/paternidad con la crianza de los/as niños/as para romper con el rol sexual asignado (Firestone, 1976).

Estas autoras incorporan una perspectiva que amplía la mirada materialista de la opresión (que tenían en cuenta posturas más vinculadas con el marxismo) y la dirige al análisis de los aspectos simbólicos e inmateriales que integran los cuidados, esto es, las dimensiones afectivas y emocionales que aportan mayor riqueza al análisis de la categoría de cuidados. El problema de las mujeres no sólo tiene que ver con las cargas y los tiempos que dedican a los cuidados y con la ausencia de su valorización económica, sino también con sus actitudes y predisposiciones para la entrega y el cuidado de los/as demás que están relacionados con su formación y regulación subjetiva.

Otra aportación al cuestionamiento del sujeto político del feminismo es la realizada por las feministas posmodernas. Este enfoque propone una revisión del sujeto mujer y insiste en un análisis acerca de las relaciones de poder situadas. Algunas posturas del feminismo negro y lesbiano otorgan una importancia clave a las diferencias entre mujeres, y a observar las relaciones de poder en cada proceso y relación económica. Algunas de estas perspectivas, vinculadas con los movimientos *queer*, incluyen además un giro mayor en las representaciones utilizadas, cuestionando el sujeto político mujeres y planteando incluso el carácter construido de la diferencia sexual y biológica.

Este breve resumen de las diversas representaciones de la cuestión de los cuidados y de su vínculo con la subordinación de las mujeres muestra la complejidad de representaciones que se plantean en el seno de los movimientos feministas sobre los cuidados y su vínculo con la reproducción de un orden social y político de género. Esta diversidad de posiciones no es sin embargo reflejada de forma homogénea en las narrativas políticas acerca de la cuestión de los cuidados. Los modos actuales de nombrar la cuestión de los cuidados están influidos por la trayectoria de luchas políticas de los diferentes movimientos feministas. Existen algunos marcos de representación dominantes y otros más silenciados, pero todos ellos se construyen sobre a partir de las representaciones de otros movimientos anteriores.

Por ello, aunque no existe un consenso entre los diferentes modos de nombrar los cuidados, y varias de estas posturas conviven en el contexto actual, el feminismo posmoderno integra con mayor minuciosidad la historia de la diversidad de pugnas

políticas por nombrar la cuestión de los cuidados. Por ello, esta perspectiva presenta un mayor potencial transformador, aunque también exprese problemas y limitaciones. El concepto de cuidados que atiende al marco de representación del feminismo posmoderno se caracteriza por ser un concepto abierto, con la capacidad de integrar la diversidad de puntos de vista en su definición. En un contexto como el actual caracterizado por la fragmentación y la multiplicación de los movimientos sociales y políticos, el concepto polisémico de cuidados integra tanto planteamientos que tienen que ver con la ecología y que aluden a una definición amplia de los cuidados asociada con el sostenimiento de la vida y de los recursos naturales, hasta posturas vinculadas al Foro de Vida Independiente que plantean la noción de *interdependencia social* y cuestionan la visión médico gerontológica de los cuidados e incluso hasta el propio concepto de cuidados por considerar que integra múltiples dominaciones en su definición. Este carácter polisémico de la categoría de cuidados ofrece la posibilidad de aglutinar diferentes intereses y necesidades y por tanto, de mitigar las relaciones de dominación que pueden existir en una definición que se pretenda más universal u homogénea. El reconocimiento de diversos tipos de diferencias cambia las concepciones de sujeto político, de mujeres y de poder, y la preexistencia de una esencia colectiva y pone de manifiesto la necesidad de dotarse de herramientas para buscar un lugar común que afronte la dispersión como una potencialidad y no como una debilidad (Gil, 2011).

De este modo, la categoría de cuidados se utiliza como una categoría transversal que pretende superar las dicotomías anteriores dependencia/autonomía, productivo/improductivo, privado/público, masculino/femenino y propone un cambio de paradigma, necesario en el actual contexto de crisis de los cuidados y de incremento de la vulnerabilidad. La perspectiva política de los cuidados se podría plantear como un lugar común, como un lugar de referencia para combatir el deterioro de la vida, que no atienda únicamente a un sujeto político (la mujeres), sino que pueda servir como referente colectivo para minimizar la dominación y combatir las estructuras de opresión. La perspectiva política de los cuidados tiene en cuenta aspectos claves vinculados a la necesaria revisión de los modelos económicos y de vida, como la priorización de las necesidades sociales y su organización o la consecución de una vida que merezca la pena ser vivida, que son fundamentales para un análisis de las relaciones de poder entre el capital y la vida.

La noción de cuidados que se acuña desde los nuevos feminismos ofrece un potencial transformador para entender las relaciones de poder y de opresión. Pone el énfasis en el estudio de los procesos de *individualización* del poder y el vínculo entre tecnologías del poder y mecanismos de autorregulación de los sujetos. Los marcos interpretativos en torno a los cuidados que plantea esta pluralidad de grupos sociales ofrecen una perspectiva de análisis de la opresión que tiene en cuenta los aspectos simbólicos y

discursivos que participan en el ejercicio de poder. Sin embargo, la inclusión de esta dimensión puede inducir una mayor complejidad a la hora de identificar al poder, de utilizar el lenguaje de los derechos sociales o existe el riesgo de un posible desapego con la experiencia real de las personas. De ahí la importancia de identificar las relaciones e interconexiones entre el orden discursivo y el material (Gil, 2011).

Por tanto, en la actualidad podríamos hablar de la coexistencia de distintas perspectivas interpretativas que inducen representaciones diferenciadas de la cuestión de los cuidados, que han inducido un fuerte potencial transformador sobre las asunciones en torno al género, las identidades, el conflicto capital/vida, etc. De este modo, los cuidados se empiezan a plantear como reto de los estados y de la política social europea, aunque la conexión con estos marcos de representación es muy compleja, tal y como veremos en un capítulo posterior.

#### CONTEXTO ECONÓMICO Y SOCIAL: LA CRISIS DE LOS CUIDADOS

En el contexto actual de radicalización de la categoría referencial de individuo autocontenido, autónomo y autosuficiente, la posición del sujeto se forja en función de su posición en el mercado de trabajo, de sus ingresos y, por tanto, de su capacidad de consumo (y de invisibilizar su vulnerabilidad inmanente). Sin embargo, la respuesta a este referencial no es sólo privilegio de ciertos grupos sociales, sino que también forma parte de momentos muy puntuales en la vida de toda persona (Pérez Orozco, 2012). Este ideal se convierte en un referente imposible y perverso, ya que los mecanismos a través de los cuáles se construye esta posición de autosuficiencia dependen de la distancia de las personas a una norma de consumo y de su participación en el empleo, así como de la disponibilidad, tiempo y dedicación que ofrecen a las reglas del mercado, que permiten invisibilizar, de forma temporal, la *heteronomía social* constitutiva de los sujetos.

Este referencial omite el carácter dependiente y vulnerable de todo sujeto social, y que requisito imprescindible para vivir una *buena vida* es el reconocimiento de la interdependencia (Pérez Orozco, 2012; Dean, 2014). El ensalzamiento del *homo economicus*, como ideal de individuo autónomo que se guía por elecciones racionales, y que maximiza su bienestar en el mercado (a través su participación en el trabajo asalariado y en el consumo), invisibiliza la vulnerabilidad constitutiva de todo sujeto. Este referencial produce un tipo de sujetos cuya exigencia de disponibilidad ante las demandas del mercado y de reproducción del capital, que se considera el espacio de realización personal, les aboca a desprenderse de otras necesidades y elecciones “no racionales” (emocionales, afectivas, de atención, etc.). Este ocultamiento de la vulnerabilidad social se produce incluso en aquellos ámbitos políticos en donde hay

una intervención frente a la dependencia, ya que su exclusiva presencia en situación de vulnerabilidad extrema induce a pensar la dependencia como un residuo social, objeto de asistencia más que de justicia. Esta invisibilización de la vulnerabilidad a través de mecanismos múltiples omite la necesidad de una responsabilización colectiva que pueda hacer frente a esta situación, y moviliza diversas tecnologías de regulación moral que permite ubicar en la familia y en el ámbito de lo femenino las obligaciones y responsabilidades frente a los cuidados. De este modo, los cuidados no aparecen como un objetivo en sí mismo, sino como un medio que apoye las lógicas de reproducción de un sistema de acumulación del capital (Pérez Orozco, 2012).

La construcción social que hace a las mujeres miembros de la familia únicas responsables de esta actividad facilita la naturalización de los cuidados que son ubicados en el ámbito de lo femenino. Se obvia su obligatoriedad al verse asociado su ejercicio a la tradicional demanda moral hacia las mujeres, de modo que estas acciones acaban adquiriendo un estatus de *altruismo obligatorio* (Carrasco et al., 2011). La feminización y la individualización de los cuidados se refuerza por la división sexual del trabajo sustentada por una alianza entre capitalismo y heteropatriarcado, a través de la cuál tanto la construcción de la feminidad como la construcción de la masculinidad fabrican un ideal de sujetos bastante perversa. Las personas socializadas como hombres *son* en función del mercado; el espacio físico para construir su identidad es el mercado de trabajo, y su vida es significativa si son autónomos porque reciben un salario para poder consumir (*male breadwinner*). La producción de la identidad femenina se realiza en torno al principio de ser para las/os demás. Esta identidad se construye a través de la idea del sacrificio y entrega, el cuidado.

En el contexto actual, podemos observar características específicas que atañen a esta crisis de los cuidados y muestran la insostenibilidad de una organización social que se venía fraguando desde hacía tiempo y que se agudiza en los últimos años. Algunos factores, tales como la tradicional prioridad otorgada a los mercados, el envejecimiento de la población, el aumento de las condiciones de vulnerabilidad social (debido al declive de redes sociales, a las sucesivas reformas laborales y recortes de derechos sociales), los cambios en los modelos de familias o el aumento de la participación de las mujeres en el trabajo asalariado, ponen de manifiesto la necesidad de un cambio inminente en el orden social y el reparto de los cuidados.

Esta situación se ha traducido en la expresión *la crisis de los cuidados* que viene definida por la contradicción social ante la doble presencia-ausencia de las mujeres en el mercado y en el cuidado de la vida (Balbo, 1994; Precarias a la Deriva, 2004). El carácter privado con el que se intenta resolver esta contradicción explica la intensificación creciente del trabajo de las mujeres, lo que ha conducido hacia el modelo de la llamada "superwoman". A las obligaciones vinculadas a su rol como proveedora indiscutible de cuidados, se unen las expectativas de estas mujeres por

superar su rol tradicional a partir de la independencia económica, las demandas procedentes de la esfera productiva y las intervenciones dirigidas a la igualdad de oportunidades en la UE y los estados nacionales, fomentando la participación de las mujeres en el mercado de trabajo y la aspiración a desarrollar su identidad como profesionales en el mercado laboral. Por tanto, las mujeres se verán abocadas a resolver individualmente las lógicas radicalmente distintas, en cuanto a tiempos, naturaleza y exigencias, que caracterizan a ambas esferas. El ideal de autonomía y el del *ser para las/os demás* entran en confrontación acarreándose importantes sobrecargas y graves consecuencias sobre la salud física y emocional de las mujeres. Esta situación será gestionada de forma muy diversa según los grupos sociales, pero en el caso de las clases medias, esta situación es resuelta a partir de la delegación de la responsabilidad de la esfera infravalorada de los cuidados a otras mujeres en situación de mayor precariedad, es decir, mujeres migrantes, generándose lo que se ha venido a llamar cadenas sociales de cuidados.

Esta situación se ve agravada por una confluencia de circunstancias sociales. En primer lugar, asistimos a un creciente aumento del envejecimiento de la población. Al incremento en la esperanza de vida de la población española, se une la reducción de la tasa de nacimientos debido a cambios en los modelos de organización de la vida y a la creciente precarización de las condiciones de vida. La pirámide poblacional anuncia un grueso número de población en la parte superior, lo que implica una mayor demanda de cuidados. Esta situación, unida a la disminución de oferta de cuidados por la reducción de la población dispuesta o disponible para cuidar, hace que la crisis de los cuidados se agrave aún más.

En segundo lugar, esta situación viene además acompañada de importantes cambios en el modelo de familia extensa que servía de sostén en la cuestión de los cuidados. A esto se acompaña el progresivo desmantelamiento de las redes vecinales así como de otras fórmulas colectivas para hacer frente a las necesidades de reproducción de la vida (lazos comunitarios, redes de apoyo, etc.), generándose la resolución privada y familiar de esta necesidad social.

El contexto de radicalización de la economía de mercado acrecienta las consecuencias de un modelo que pone los intereses del mercado y del capital financiero en el epicentro de la organización social. En España, desde 2008, la crisis del modelo ha extremado esta hegemonía del principio mercantil. Se produce una apelación moral a la necesidad de poner en marcha reformas que se plantean como incuestionables, mediante la utilización de metáforas que plantean que es necesario *salvar* a la economía (Serrano, 2012). De forma paralela, asistimos a un proceso de desmantelamiento de los mecanismos de regulación del sistema (regulación laboral, sanidad, etc.) que mitigaban la extensión de la precariedad y de la exclusión social. Por eso, actualmente y de forma progresiva, se impone, con mayor radicalidad, un modelo

de sujeto autosuficiente, que se autorregula a sí mismo, a pesar de la fuerte heteronomía social que caracteriza a los trabajadores en un contexto donde el desequilibrio en las relaciones de fuerza se ha acentuado de forma radical. Se produce así una extensión de los riesgos sociales, al mismo tiempo que se promueve un discurso que responsabiliza a los sujetos de su situación y naturaliza la extensión de la precariedad y el poder de los mercados (Serrano *et al*, 2011). De esta forma, las situaciones de vulnerabilidad se agravan y se requiere un mayor despliegue de mecanismos de contención de estas situaciones que mayoritariamente se desplegarán en el ámbito privado de las familias.

Ante esta crisis, los estados han puesto en marcha mecanismos de intervención que permitan a los sujetos lidiar con estas contradicciones, desde un marco de acción política amparado por la UE y condicionado por el contexto histórico y cultural de cada estado nacional. Las medidas relacionadas con la conciliación de la vida laboral y familiar, la atención a personas en situación de dependencia y la regulación del trabajo doméstico, son algunas de las acciones encaminadas a resolver la crisis de los cuidados.

La crisis de los cuidados y sus respuestas son cuestiones que atañen a nuestro objeto de investigación. Ante la presente *politización* de la cuestión de los cuidados, la institucionalización de los mismos y la crisis de la sostenibilidad de la vida, el objetivo de esta investigación es analizar qué aspectos se problematizan y por tanto son susceptibles de querer ser cambiados y cuáles son las lógicas internas que se promueven a partir de estos modos de resolución del conflicto social (a partir de la puesta en marcha de políticas públicas). Esta investigación pretende indagar en los marcos normativos que se difunden y evaluar el papel de las políticas públicas como mecanismos de regulación colectiva y de definición de los problemas sociales. En este sentido, es fundamental identificar los aprioris en torno a los cuales se articula la cuestión del reconocimiento y la redistribución de los cuidados (que suponen la puesta en marcha de la LAAD) y su relación con el potencial transformador del orden de género y de las representaciones en torno a los cuidados.

### 3. LOS CUIDADOS Y LA TRANSFORMACIÓN DE LAS IDENTIDADES Y ROLES DE GÉNERO<sup>9</sup>

El trabajo de cuidar a otros se podría definir como un trabajo relacional, trabajo en dependencia interpersonal estrecha. Tanto las prácticas (“lo que hay que hacer”), como las relaciones que establece (para quien o quienes se hace), las negociaciones que implica su desarrollo (delegación, peticiones, demandas, negociaciones para distribuir y resolver las rutinas) y el sentido que fundamenta o sustancia el cuidado (satisfacción, deber, obligación o responsabilidad, por ejemplo) se desarrollan en el terreno de las relaciones interpersonales. Letablier señala como rasgo más característico el que “se realiza en un cara a cara entre personas situadas en una relación de dependencia ya que una es tributaria de la otra para su cuidado y su bienestar” (Letablier, 2007; p.4). En este trabajo, la emocionalidad, la afectividad o los sentimientos están fuerte e inevitablemente ligados a la tarea. La afectividad se hace necesaria, y depende de la relación interpersonal entre el trabajador y la persona para quien se destina el trabajo.

La variabilidad de necesidades del destinatario de los cuidados que depende del trabajador física y afectivamente tiene como consecuencia que las tareas son en general difusas e imprecisas y siempre deben concretarse en la relación interpersonal particular en que se llevan a cabo. Son, por otra parte, difíciles de medir, estimar y evaluar. Las tareas del cuidado están impregnadas de una fuerte dimensión moral, que se sustancia en deberes u obligaciones.

Secularmente el cuidado se ha asignado a las mujeres y sus tareas se han considerado “naturales” ya que se asocia o se superpone a la función maternal aunque también incluye otros aspectos mucho más amplios. El propio concepto de cuidado (*care* en inglés) alude a la atención personal propia de la función maternal, la *nurturance*, es decir, el amor materno, que se extiende por generalización al amor a las personas. El deseo de atención y cuidado se concibe como una disposición natural de las mujeres. Como otras tareas propias del rol tradicional femenino, el trabajo de cuidados se ha situado en el ámbito doméstico y en el ámbito de la responsabilidad moral, pero no dentro de la categoría de empleo remunerado, y frecuentemente ni siquiera en la categoría de “trabajo”, tal y como hemos visto en el apartado anterior.

---

<sup>9</sup> La redacción de este capítulo ha corrido a cargo de Concepción Fernández Villanueva. Puede encontrarse un resumen y elaboración de las principales conclusiones desarrolladas en este capítulo en Fernández Villanueva, Artiaga y Dávila (2013) “Cuidados, género y transformación de identidades” Cuadernos de Relaciones Laborales 31(1): 57-89, artículo realizado en el marco de este proyecto.



Esta distribución “naturalizada” se viene cuestionando desde que las familias se alejan del modelo que se impuso en la primera mitad del siglo XX, la familia nuclear, con una distribución segregada de funciones según la cual el varón era el proveedor, responsable de buscar los recursos de la familia para su supervivencia, ocupaba el ámbito laboral externo al hogar y la mujer, la encargada del cuidado a los miembros de la familia y las tareas domésticas, tenía su lugar en el ámbito interno del hogar. A esta división laboral y geográfica, se unía la distribución asimétrica de la autoridad, que residía en el varón, encargado de ser el proveedor externo.

La transformación de las estructuras de poder y de las relaciones en las familias, derivada en gran medida de la incorporación de la mujer al ámbito laboral, comienza a influir en el reconocimiento y valoración de los cuidados, plantea su reformulación y categorización, y exige la implicación de todos los actores sociales (las instituciones del estado además de las familias) en esta responsabilidad. De esa transformación se espera una redistribución por género de las tareas y una recomposición de los roles de género y de los ámbitos de actividad, las responsabilidades y las obligaciones de hombres y mujeres.

La Ley de Promoción de Autonomía Personal y de Atención a Personas en Situación de Dependencia (LAAD) suscitó la expectativa de generar una redistribución de las responsabilidades en torno a los cuidados y el reconocimiento y valorización del trabajo que han realizado tradicionalmente muchas mujeres. Ante todo, se hizo hincapié en el elevado número de empleos que se crearían, lo que daría la posibilidad de que muchas mujeres se insertasen en este mercado laboral, con lo cual encontrarían un justo reconocimiento social quienes ya se estaban dedicando a la realización de esta actividad sin ningún tipo de remuneración o reconocimiento.

La ley generó un avance igualitario en cuanto a la mejora de la protección de las mujeres usuarias de la ley que son mayoritarias como población necesitada de atención y suelen estar más desprotegidas por su relativamente mayor carencia de recursos (Castejón, Esparza & Abellán, 2007). Sin embargo, el avance propuesto con respecto a la redistribución de las tareas es muy escaso. Además de la materialización de las escasas propuestas formuladas en la ley, estos avances han sido muy limitados debido a la falta de recursos para implementar dicha ley. Presenta muchas carencias en sus objetivos y en sus principios. Si bien se reconoce el valor económico y social de las tareas de las cuidadoras, a través de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, y se destinan recursos económicos para los cuidadores familiares (en su inmensa mayoría mujeres), esta misma medida refuerza la distribución de roles en torno a los cuidados y favorece la “solidaridad obligatoria” de las mujeres en el hogar en unas condiciones que no son equiparables a otros trabajos.

Además, deja de lado otro de los supuestos en relación con la equidad de género, la necesidad de que las tareas de cuidado incluyan también a los hombres. La ausencia de referencias a la situación de discriminación que soportan las mujeres y la imprescindible corresponsabilidad de los hombres en el trabajo de cuidados son algunas de las razones por las que la ley no ha alcanzado la expectativa (quizá en cierto modo ilusoria) de redistribución igualitaria de las tareas de cuidados ni de liberación de las mujeres de los roles tradicionales. En la aplicación de la ley no se reconocen ni se contemplan las distintas disponibilidades, predisposiciones, roles, identidades y situaciones de hombres y mujeres en la vida familiar y sus consecuencias. Por el contrario, se hace un supuesto muy genérico sobre los efectos positivos de la ley para las mujeres, que en su momento suscitó expectativas muy altas, pero que no se han visto respondidas.

Como consecuencia, en vez de implicar a los varones en las tareas del hogar, ha diversificado las categorías del trabajo de las mujeres, estableciendo escalas de importancia y remuneración entre ellas. Las prestaciones económicas que concede la ley son un medio de que una mujer pague a otra mujer en la que delega las tareas de su rol femenino. No sólo no redundan en equidad entre hombres y mujeres, sino que produce una diferenciación “escalar” de las mujeres. La estructura de los cuidados dentro del ámbito familiar suele ser una mujer ligada por parentesco al dependiente que es la responsable, ayudada por otra u otras remuneradas que se ajustan a las condiciones decididas por la primera. Fuera del ámbito familiar, el cuidado se estructura asimismo en un orden jerárquico femenino en cuyo primer nivel están las mujeres expertas o técnicas y en un segundo nivel las mujeres simplemente “cuidadoras”. A medida que baja el nivel, la carga de trabajo es mayor y también lo es su invisibilidad y la indefinición de las tareas. En resumen, la ley promueve ocupaciones profesionales de bajo nivel y de escaso reconocimiento social, y sobre todo, en línea con los roles tradicionales.

El panorama, tal y como veremos en un apartado posterior, y las conclusiones de las diversas investigaciones revela una realidad del cuidado muy feminizada. A lo largo de los últimos 20 años el modelo del cuidado es familiar y femenino, se realiza mayoritariamente en el domicilio familiar y es llevado a cabo por mujeres. No obstante la evolución producida a lo largo de estas últimas dos décadas, y sobre todo tras la LAAD, ha ido hacia la desvinculación de lo familiar con relación a los cuidados y menos intensamente hacia la incorporación paulatina de los varones.

En el año 2005 las mujeres representaban el 84% del universo del cuidador y una gran parte de ellas eran parientes directos, el 50% hijas de la persona dependiente, un 12% esposas o compañeras y un 9% nueras. Los parientes directos varones participaban en una proporción casi testimonial: el 8% eran hijos, el 5% esposos y 2% yernos. El 7% de los cuidadores compartían la atención de las personas mayores con las empleadas de

hogar (IMSERSO, 2005a). El empleado/a de hogar que cuida es en una amplia mayoría mujer (96,6%), sólo el 3% de este colectivo son hombres, según la encuesta sobre empleados y empleadas del hogar que atienden a las personas mayores, realizada en 2004 por el IMSERSO (2005b). En general, parece encontrarse que el prototipo de mujer cuidadora es una mujer en edad laboral (algunas de ellas incluso en situación de actividad) que cuida a sus padres, en cambio, el prototipo de hombre cuidador es un varón en edad de jubilación que cuida a su esposa.

Diversas encuestas y estudios recientes (Martín y Rogero, 2010; Bettio, Simonazzi y Villa, 2006) revelan que en las familias se ha producido una incorporación importante de cuidadores/as procedentes de fuera del ámbito familiar. Si bien es cierto que se mantiene el predominio de la responsabilidad familiar, éste se complementa con la presencia de los foráneos.

En conjunto, el cuidado se mantiene con unos perfiles de género muy diferenciados marcados por la edad, las tareas a realizar, las implicaciones en la inserción profesional y las dimensiones afectivas. La inserción de los varones en el cuidado depende de factores más específicos y peculiares, distintivos de los factores femeninos que son los siguientes:

1. Se incorporan al cuidado en situaciones más extremas, cuando no tienen más remedio, esto es, cuando sus familiares directos, esposas o hijos/as, no pueden hacerlo por sí mismos, y cuando carecen de recursos económicos.

2. A estos hombres, que suelen ser jubilados, se les valora mucho socialmente. Concretamente se valora su abnegación o su dedicación, su sufrimiento y el esfuerzo que han hecho por desempeñar correctamente una tarea que no se les supone adecuada a su rol masculino. No ocurre lo mismo con las mujeres que se han dedicado al cuidado. Sus tareas no se valorizan tanto, ni se tiene en cuenta que han perdido o ponen en riesgo la realización de otras actividades (personales o laborales). Se naturaliza su disposición para cuidar.

- 3.-Un porcentaje no desdeñable de emigrantes hombres *sin papeles* se han sumado al cuidado, sobre todo al cuidado de hombres. Estos emigrantes no aceptan trabajos tan mal pagados como los que aceptan las mujeres emigrantes, sino que tienden a buscar trabajos mejor pagados y mejor valorados. El cuidado empieza a ser un nicho de mercado interesante para hombres emigrantes en residencias de ancianos, principalmente para cuidar a otros hombres.

La perspectiva de futuro en cuanto a la incorporación de los varones y la valoración del papel de las mujeres cuidadoras no es optimista. Persisten importantes barreras sociales que siguen perpetuando la desigualdad profesional. Nos referimos principalmente a tres: a) los recursos económicos destinados al cuidado y, por tanto,

los salarios, b) las condiciones del trabajo y c) las culturas del trabajo y sus repercusiones en la identidad profesional y social.

Los recursos son insuficientes y, como consecuencia, no hacen posible una retribución justa en relación a la tarea ejercida, lo cual conduce a que los hombres no los acepten y lo sigan haciendo las mujeres. Las condiciones del trabajo siguen siendo muy indefinidas y muy en coherencia con el modelo maternal del cuidado. Algunas de las tareas que implican un trabajo emocional son la atención al cuerpo del dependiente, la relación con el sufrimiento, con el pudor, con la intimidad física, con las necesidades de limpieza, contacto o relación afectiva, con la dignidad como sujeto humano. En este aspecto, la socialización de los hombres y las mujeres ha sido muy diferenciada, y las resistencias y falta de familiaridad de los hombres es tan acentuada como la afinidad y naturalización con que la ejercen las mujeres. Finalmente, este trabajo no redunda, o redunda muy escasamente, en la identidad profesional del cuidador/a para su futuro.

Mientras sigan siendo los cuidados un tipo de trabajo no especializado, confundido con las atenciones maternas o con las obligaciones morales de las personas, permanecerá invisibilizado, privado de cualificación y será muy poco útil para la promoción profesional futura de los/as cuidadores. La poca visibilidad que se da a los cuidados como necesidad social tiene graves repercusiones para muchas mujeres que han ocupado en ello gran parte de su periodo laboral activo, ya que no parece servirles para reinsertarse de nuevo en otro tipo de trabajo y quizás tampoco en el mismo. Por ello, es de esperar que continúe la pauta de que los varones se resistan a ejercer este trabajo durante su periodo activo, ya sea por mejores expectativas de otro trabajo o por la dificultad de rentabilizar las aptitudes y la cualificación adquiridas en otra actividad.

Para remover estos obstáculos que impiden la incorporación masculina es necesario el mayor reconocimiento y valoración social de las tareas del cuidado y en concreto el valor y dignidad del cuidador varón, ya que, de acuerdo con los estereotipos de género tradicionales aun vigentes, se traducen en una fuerte resistencia al cambio, no solo por los propios varones sino por las mujeres y por las personas cuidadas. Sin embargo, y de forma tímida, cada vez es mayor el volumen de hombres que están trabajando en este tipo de actividades, debido sobre todo a las consecuencias de la actual crisis económica que ha dejado a muchos de ellos en situación de desempleo. Pero no es menos cierto que esta tímida iniciativa, más coyuntural que estable, coexiste con una resistencia importante de la mayor parte de las familias a contratar hombres dentro del hogar (Observatorio Navarro de Empleo, 2009).

La naturalización de las tareas del cuidado opera aún incluso en los hombres que hacen un esfuerzo por ser igualitarios y entrar en la vida familiar y los roles nutricios y del cuidado (Covas, 2009). Pero esa naturalización no sólo opera en los hombres.

Muchas mujeres la comparten, ya que es una parte sustancial y determinante de la identidad femenina tradicional. Si en los hombres opera como delegador natural de tareas, en las mujeres opera autoimponiéndose una obligación y asumiendo la culpa en caso de no realizarla, frenando espontánea e imperceptiblemente la intervención del estado u otros agentes sociales en la tarea del cuidado.

Existen mecanismos de cambio, aunque sean muy sutiles. Se está produciendo una progresiva toma de conciencia de los varones, ya sea por su participación social, su experiencia de trabajo, la influencia de mujeres parejas o compañeras con valores igualitarios, el cambio forzado, es decir, la necesidad de asumir determinadas tareas, bien sea por necesidad Gerson (1994) o por la amenaza de perder las relaciones amorosas si no se produce el cambio. Estos datos parecen indicar que las experiencias y circunstancias de las personas en su edad adulta tienen un poder explicativo más fuerte en sus elecciones vitales que el rol de género aprendido en el proceso de socialización (Risman, 1998).

Las resistencias a ello también persisten y se traducen, en primer lugar, en una falta de valor y legitimidad del trabajo de cuidados en los varones. Y, en segundo lugar, en una percepción muy negativa y desagradable del trabajo de cuidados. No se reconoce la funcionalidad del trabajo con dependientes para otras posibles tareas profesionales. Se desvaloriza su importancia como adquisición de saberes que puedan ser utilizados en otro contexto. Ni la positividad y gratificación de la vinculación afectiva del cuidador con los dependientes, ni el valor moral de asumir la responsabilidad sobre los dependientes. Las actividades vinculadas al sostenimiento de la vida cotidiana, la atención de la salud, la organización del hogar, la implicación emocional, y las tareas materiales que son necesarias en el día a día, se menosprecian y, sin embargo, son claves para la supervivencia humana. Es importante, en este sentido, que se produzca un cambio de mirada en torno a la cuestión de los cuidados, y que se planteen nuevos paradigmas normativos y de intervención y los diferentes ámbitos sociales para que los cuidados se sitúen en el centro de la organización social.

A la resistencia al cambio que se puede esperar de la persistencia de estas barreras, hay que sumar las expectativas que mantienen los jóvenes y los niños de diferentes contextos acerca de sus roles futuros. Incluso en países de amplia trayectoria democrática y de avances en la igualdad, niños (Fulcher y Coyle, 2011) y jóvenes de diferentes niveles sociales y educativos (Ferriman et al., 2009) difieren claramente en la importancia que conceden a su futura dedicación a las tareas profesionales y a las tareas del cuidado. Los papeles tradicionales de hombre proveedor del hogar y mujer soporte afectivo de la familia están muy activos y presentes en las identificaciones de género actuales. Si bien las mujeres insisten en la búsqueda prioritaria de la autonomía social y económica a través del trabajo, vuelven a caer en una relación neotradicional en la cual son ellas mucho más que los varones las que posponen el aplazamiento del

matrimonio o rediseñan la maternidad, pero el varón sigue teniendo el rol principal de proveedor (Gerson, 2009). La posibilidad de una sociedad no marcada por el género, con unas responsabilidades morales que descansen en la simple categoría de “persona” sigue siendo vista como una utopía (Risman, Lorber y Sherwood, 2012). Las deconstrucción de las categorías de género han sido muy útiles y fecundas para hacer surgir en las mujeres identificaciones nuevas y más variadas y han abierto el camino a múltiples modos de ser mujer. Sin embargo esa deconstrucción no ha tenido lugar del mismo modo en las identificaciones de los varones que siguen manteniendo fuertes resistencias a incorporar aquellas dimensiones que se conectan más fuertemente a lo “femenino”.

#### 4. INTERVENCIÓN POLITICA Y CUIDADOS: LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMIA PERSONAL Y ATENCION A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAAD)<sup>10</sup>

##### INTRODUCCIÓN

Los mecanismos de regulación y de producción de normas supranacionales (UE, OIT, etc.) van dirigidos a la difusión de una serie de ideas, conceptos y paradigmas de intervención en el seno de la UE. Sin embargo, la modalidad que adopta la puesta en marcha y los marcos de sentido de estos nuevos paradigmas normativos es específica de cada país miembro, debido a factores diversos, como son las diferentes relaciones de fuerzas entre los distintos actores sociales, la diversidad de sus instituciones, o la construcción histórica de la protección social y las asunciones en torno al género específicas de cada país.

La implantación de la cuestión de los cuidados en el ámbito de las políticas públicas en España guarda importantes anhelos de equipararse a Europa e incorpora conceptos y asunciones que se negocian y se difunden a partir de comunidades epistémicas y paradigmas de intervención que se definen a nivel supranacional. Sin embargo, la lucha de diferentes actores sociales, el papel del estado, la división sexual del trabajo, las concepciones en torno al género, etc. van a generar una versión específica en los procesos de problematización de la cuestión de los cuidados y en la implantación de un modo de entender la atención a esta necesidad social. Por eso, nos interesa entender las particularidades del contexto español sin dejar de encuadrar su desarrollo en un ámbito supranacional que le engloba.

La influencia de los marcos europeos en el devenir de las políticas nacionales en el caso español es muy importante ya que Europa constituye un referente de modernización. Equipararse a las recomendaciones y nuevos marcos de intervención que se promueven desde la UE ha significado poner fin al modelo desprestigiado y obsoleto del pasado. Esta impronta de los marcos europeos puede observarse también en el ámbito del gobierno de los cuidados en España. En la exposición de motivos de la ley<sup>11</sup> se alude a la puesta en marcha de nuevos modos de protección social que alientan la mirada hacia fórmulas novedosas, en contraposición a un modelo anterior que se

---

<sup>10</sup> La redacción de este capítulo ha corrido a cargo de Alba Artiaga Leiras.

<sup>11</sup> La exposición de motivos de los textos legislativos tiene un particular interés desde un punto de vista retórico y discursivo. Podría entenderse como aquella parte del texto en donde los legisladores rinden cuentas al colectivo social y justifican el sentido y necesidad de esta intervención. Por ello, es particularmente relevante para la identificación del marco explicativo bajo el que esta intervención se presenta y justifica socialmente.

valora negativamente por su rigidez y por su incapacidad para adaptarse a las nuevas necesidades que reclama la crisis de los cuidados. Esta apelación a la UE aparece referenciada en muchas de las exposiciones de motivos de las regulaciones nacionales.

*La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal, constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados (Ley 39/2006, Exposición de motivos).*

*Para resolver este problema, que atañe a la dignidad de la vida humana, muchos países de nuestro entorno han dado ya pasos inequívocos (Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España, 2004).*

Esta apelación a organismos internacionales ha estado presente en gran número de intervenciones anteriores vinculadas a esta problemática de los cuidados. Por ejemplo, en la regulación del empleo doméstico, la UE, en 1995, y otros organismos internacionales como la OIT han ejercido un importante papel (a través de directivas) de modo que han sido instancias fundamentales a la hora de defender y visibilizar los derechos fundamentales de las empleadas del hogar a fin de luchar contra la desigualdad que esta ausencia de derechos genera.

También otros marcos de intervención han trascendido a los estados miembros, a partir de modos de regulación entendidos como *blandos* (Método Abierto de Coordinación), que han inducido nuevos modos de entender las necesidades y los problemas sociales, y que formulan marcos cognitivos y referentes ideológicos en torno a la necesaria participación de las mujeres en el mercado de trabajo, la lucha contra la inactividad, la necesidad de soluciones para atender las situaciones de dependencia, y otras muchas cuestiones que condicionan los marcos interpretativos de las políticas públicas en el contexto español.

En el caso español, el fin de la dictadura franquista y las presiones de la UE modifican el carácter ontológico del esquema que propone la división entre hombre trabajador asalariado-proveedor de ingresos y mujer inactiva-ama de casa (Borderías, Carrasco y Alemany, 1994). La mano de obra femenina aumenta cuantitativamente debido, en parte, a la expansión del sector servicios, en cuyo desarrollo se considera de gran utilidad el trabajo relacional y emocional que se ha asignado tradicionalmente a las mujeres. Sin embargo, estos cambios en la organización social (que afectan fundamentalmente a la familia de clase media) no han inducido una modificación de los roles en el interior de los hogares, ni en el ámbito público (segregación de las mujeres en puestos propios de “mujeres”). Aunque se ha revisado parcialmente la dicotomía/jerarquía público/privado, nuevas jerarquías se generan en el espacio público laboral.



La tipología de modelos de bienestar de Gösta Esping-Andersen parte de la división de responsabilidades entre el estado, el mercado y la familia, lo que permite distinguir entre tres regímenes de bienestar: liberal, corporatista y socialdemócrata<sup>12</sup>. Los países mediterráneos, dentro del cual se encontraría España, se caracterizan por pertenecer al modelo corporatista, dado el papel que juega la familia<sup>13</sup> en la provisión de bienestar. En este caso se caracterizan por ser el modelo extremo dentro de los casos del régimen corporatista, ya que destaca el rasgo de *familismo* en donde las políticas públicas trasladan a los hogares la provisión de los servicios (Esping-Andersen, 1990/1999). El modelo español de cuidados tiene, por tanto, un fuerte carácter familista, un sector público poco desarrollado en la provisión de cuidados, y una institucionalización de los cuidados promovida principalmente desde la asistencia social, por entidades religiosas y privadas. A esto se une la tendencia a acudir, para cubrir la necesidad de cuidados, a la contratación de mano de obra femenina, mayoritariamente de mujeres inmigrantes contratadas en el servicio doméstico. Este modelo es el resultado de un proceso histórico.

#### LOS CUIDADOS DESDE UNA PERSPECTIVA COMPARATIVA

Los cuidados de personas en situación de vulnerabilidad se han situado en una de las cuestiones que más atención se ha prestado tras los años 90 en diversos países europeos. Los cuidados, que tradicionalmente han sido realizados de forma no remunerada y de manera informal en el ámbito familiar, se han transformado en gran número de países europeos, en actividades llevadas a cabo por miembros de la familia, de forma remunerada, a través de transferencias y programas provistos por el estado social o las municipalidades (Pfau Effinger, 2014). Timonen (2005) identifica, a partir de dos criterios (espacio de realización de los cuidados e institución que proporciona y se responsabiliza de los cuidados), tres modelos: un paradigma estatista (países nórdicos, el familiarista/individualista (Reino Unido y España) y el “Estado paga/otros proveen” (Francia y Alemania), sin generarse convergencia significativa entre estos tres sistemas. En el primer paradigma, el estado adopta una gran responsabilidad en la provisión de los cuidados y los cuidados formales son reconocidos como un derecho social. Los servicios son proporcionados principalmente por el sector público y la participación del

---

<sup>12</sup> En el régimen liberal, el Estado juega un papel secundario y el mercado es el principal proveedor de bienestar; en el régimen corporatista se concede también un papel secundario al Estado, pero es la familia la que actúa como fuente de bienestar. En el régimen socialdemócrata, el Estado se constituye como principal proveedor de bienestar social (Esping-Andersen, 1990/1999).

<sup>13</sup> Es importante destacar que el concepto de familia no es sino una metonimia de las mujeres de la familia, que son las que realizan en su seno las responsabilidades de los cuidados y provisión de bienestar.

sector privado se hace de forma mixta. El segundo paradigma se caracteriza por la atribución de responsabilidad frente a los cuidados a la familia o al individuo. La participación del estado es básicamente asistencial. El último paradigma ha experimentado importantes cambios. La provisión de cuidados se realiza por una amplia gama de actores (familias, organizaciones privadas del tercer sector) pero el estado asume un mayor papel en asumir, al menos parcialmente, los costes vinculados a estos cuidados.

Pfau Effinger (2014) identifica tres tipos ideales de regímenes de cuidados según los modelos de bienestar, cuidados familiares, el formal, el informal y semi-formalizado. A pesar de las diferencias destacadas entre estos tres paradigmas, puede observarse dos aspectos en los cuales parecen converger: un mayor énfasis en el cuidado en el hogar y el mayor papel que parece estar jugando el mercado.

#### EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN POLÍTICA DE LOS CUIDADOS EN ESPAÑA

Al finalizar la dictadura franquista, los servicios sociales eran prácticamente inexistentes en España. Ante esta ausencia de otras redes sociales, las mujeres han jugado un papel fundamental en la atención y los cuidados de los familiares y de las tareas del hogar. Los escasos recursos se concentraban fundamentalmente en organizaciones religiosas y otras entidades sociales, o algunas entidades públicas y privadas que disponían de equipamientos para personas jubiladas (Aragón, Cruces, y Rocha, 2007). En los años 70 se crearon el Servicio de Atención al Pensionista (SAP) y el Servicio de Recuperación de Minusválidos (SEREM). En 1978 el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales) pasa a integrar el SAP y el SEREM, y se constituye como Entidad Gestora de los servicios sociales y prestaciones del Sistema de la Seguridad Social. En los años 80, se inicia el proceso de transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas. Ya en 1988 se crea el Ministerio de Asuntos Sociales que favorece el desarrollo de los servicios sociales. A partir de ese momento y hasta la actualidad, se establecen los marcos de actuaciones en relación con la atención a mayores, personas con discapacidad y se extiende la acción protectora para las personas dependientes (Aragón, Cruces y Rocha, 2007). La atención pública a las personas dependientes se realiza a través de los servicios de salud y los servicios sociales en los que tienen competencias las Comunidades Autónomas, y en algunas materias las Corporaciones Locales. También el sistema de Seguridad Social atiende situaciones tales como gran invalidez, complementos de ayuda a tercera persona en la pensión no contributiva de invalidez y la prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad, y otorga prestaciones de servicios sociales en materia de personas con

discapacidad y de asistencia a personas mayores (Acuerdo sobre la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia, 2005).

A pesar de este gran número de reformas emprendidas, no se ha producido una corresponsabilidad social en la atención a las necesidades de cuidados y en el modelo de protección social español, la responsabilidad de provisión de bienestar y de cuidados sigue recayendo mayoritariamente sobre las mujeres. No obstante, aunque se basa en un modelo de corte fundamentalmente familiarista, también presenta una incipiente intervención a través de políticas públicas en la gestión de esta cuestión social. La puesta en marcha de estas iniciativas, como es el ejemplo de la LAAD, tiene implicaciones en la organización social de los cuidados.

La intervención de la política institucional no guarda, por otro lado, una relación directa, como podría suponerse, con una *desfamiliarización* de los cuidados en los hogares. Estas políticas podrían más bien promover un cambio en el papel de la familia, promoviéndose una modernización del papel de esta en la gestión de los mismos (Pfau-Effinger, 2005: 321-347), pero sin necesariamente cuestionar el espacio “natural” de búsqueda de soluciones.

Otra cuestión que complejiza esta relación entre la desfamiliarización y la intervención pública está relacionada con los múltiples objetivos que pueden perseguir estas políticas. Las medidas dirigidas a la atención a la *dependencia* que ponen en marcha los estados para garantizar la cobertura de cuidados, no solo se basan en principios vinculados con los derechos sociales, sino que también persiguen objetivos asociados a la rentabilidad económica. La prioridad otorgada a las prestaciones monetarias frente a la puesta en marcha de servicios, la centralidad dada a la elección individual de las personas consideradas *dependientes*, el copago en las prestaciones o servicios, o la mercantilización de muchas de las actividades del hogar, son ejemplos de la incorporación de principios mercantiles en el ámbito de las políticas públicas (Pfau-Effinger, 2005: 321-347). Asistimos así, a la expansión de modelos híbridos de organización y provisión de los cuidados entre la familia, el mercado y las administraciones públicas, uno de cuyos exponentes más relevantes es la puesta en marcha de la LAAD.

El estudio de la reciente intervención política a partir del análisis de la LAAD (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia) nos permite profundizar, partiendo de un ejemplo concreto, en los procesos de transformación del orden simbólico y político en torno a los cuidados y su organización. La puesta en marcha de la LAAD plantea la revisión de varias dimensiones que van desde la producción política del sujeto de cuidados, el espacio *natural* dónde estos se desarrollan (el hogar familiar) y la naturaleza de su ejercicio (altruista, emocional), hasta el papel que juegan para la organización social (secundario). Esta ley pretende dar respuesta a una situación cada vez más extendida de politización de las actividades de cuidados debido a la crisis que experimentan varios países europeos. La creciente incorporación de las mujeres al mercado formal, el envejecimiento de la población, los cambios en los modelos de familia, la revisión del modelo bread-winner (hombre proveedor de ingresos, mujer ama de casa), y la europeización de las políticas nacionales, etc. han puesto en la agenda política la necesidad de revisar los aprioris y el *sentido común* en torno a los cuidados y ponen en marcha medidas que pueden contribuir al debate sobre la redistribución y el reconocimiento de los cuidados (Serrano, Artiaga y Dávila de León, 2013).

Es a partir del año 2000, cuando existe una “declaración de intenciones” a nivel institucional sobre la necesidad de la puesta en marcha de una política de atención a la *dependencia*. En el año 2001 (coincidiendo con la última legislatura del PP, 2000-2004), se menciona esta cuestión en el Acuerdo que suscriben el Gobierno, CCOO, CEOE y CEPYME *para la mejora y el desarrollo del sistema de protección social*. En este Acuerdo se considera necesario abrir un periodo de análisis y debate con el fin de que al finalizar la legislatura este diseñada y aprobada una política de atención a la dependencia (CES, Dictámen 3/2006). En la Renovación del Pacto de Toledo que se aprobó en el congreso de los diputados en el año 2003, se enuncia que: “*resulta por tanto necesario configurar un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad del fenómeno de la dependencia y la Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección*” (Ley 39/2006, exposición de motivos).

---

<sup>14</sup> Este capítulo recupera algunas de las conclusiones elaboradas de forma más detallada en la tesis en curso de Alba Artiaga Leiras, “*Producción política de los cuidados y de la dependencia: políticas públicas y arreglos sociales en torno a la organización de los cuidados*”, elaborada en el marco de este proyecto.

Por tanto, a partir de los años 2000, se empieza a crear un clima institucional favorable, y a partir el año 2004, los partidos políticos empiezan a incluir esta cuestión en sus programas electorales. Después de varias iniciativas parciales, en la nueva legislatura, el PSOE se había comprometido a poner en marcha esta política. A esta situación, se incorpora el papel fundamental de la Unión Europea, el gobierno y expertos e intelectuales que, tanto a nivel nacional como europeo, son precursores de la producción de discursos en torno a la protección social y a la definición de los riesgos sociales. El IMSERSO, organismo vinculado al gobierno, juega también un papel central como impulsor de una política de atención a personas dependientes<sup>15</sup>. Antes de que surgiera la Ley, este organismo ejerce una gran influencia y desde esta institución se toma la iniciativa de promover esta política en España. A partir del gobierno del PSOE se asigna esta cuestión a esta institución.

La elaboración de la LAAD se ampara por un ritual en donde participa la comunidad científica que fortalece y legitima el discurso político, al presentarse como ética o ideológicamente neutro. La constitución de comités de expertos no solo legitima sino que hace posible la materialización de las medidas propuestas.

Además de la participación de estos actores, un abanico amplio de actores sociales que van desde los sindicatos, la patronal, las organizaciones de mayores, de personas con diversidad funcional, organizaciones de mujeres y entidades de acción social se disponen a ejercer como grupos de presión y a trasladar sus propuestas por vías extraoficiales y oficiales. De este modo, y tal y como veremos en un apartado posterior, el proceso de elaboración de la LAAD se ha ido nutriendo de las voces de diversos actores que participan en una pugna constante por hacer representar sus intereses en la política que se estaba definiendo, tal y como veremos en un apartado posterior. La multiplicidad de actores y su relación de fuerzas influye enormemente en el contenido de la política, en la definición del problema y en las soluciones encontradas.

En julio de 2004 se firma del Acuerdo sobre Competitividad, Empleo Estable y Cohesión Social (CCOO, UGT, CEOE y CEPYME). Gobierno, patronal y sindicatos se constituyen previamente como actores claves para la conceptualización de las cuestiones que deben considerarse problemas y para definir quiénes son los sujetos beneficiarios de la política. De este modo, la atención a las situaciones de dependencia pasa a ser uno de los objetivos importantes en el ámbito de la protección social. Asimismo, en el año 2005 se suscribe el Acuerdo sobre *la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia*, elaborado por el gobierno y por

---

<sup>15</sup> A partir de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

organizaciones sindicales y empresariales, que fue decisivo en la elaboración del proyecto de Ley.

En este acuerdo se ratifican muchas de las propuestas del Libro Blanco con respecto a los tipos de servicios, los principios y objetivos, el modelo mixto de servicios y prestaciones económicas, la participación de entidades públicas y privadas en la gestión, los programas de formación para cuidadoras/es, la cotización a la seguridad social de las personas cuidadoras en el entorno familiar, el copago, etc. Sin embargo, también se introducen otras cuestiones que aún no estaban totalmente definidas en el Libro Blanco como es que los beneficiarios sean personas mayores de 3 años. Otra de las cuestiones que promueven los interlocutores sociales en el diálogo social es la constitución de un cauce de participación institucional permanente de las organizaciones empresariales y sindicales, a través de un Comité Consultivo.

El actor empresarial juega también un papel fundamental ya que la mayor parte de los servicios que pone en marcha la ley pertenecen al ámbito de los servicios sociales, que es un sector prioritariamente privatizado en España, y en donde vienen participando diversas entidades en la gestión de los servicios. De este modo, las empresas se asocian para defender sus intereses de cara a la puesta en marcha de la ley. Asimismo, otros actores sociales, como organizaciones de personas mayores, de personas con diversidad funcional (o con discapacidad) y de mujeres, han participado de uno u otro modo, como grupos de interés, en la producción de saber de esta política.

Desde el surgimiento de la propuesta de Ley, existe una lucha permanente por entender quiénes son las personas beneficiarias de la misma o quiénes son las personas sujetas a derecho, en la que se implican estos actores sociales. Esta Ley, en origen, estaba principalmente diseñada para las personas mayores, que han sido los que han tenido mayor presencia desde el inicio. En esta carrera por poner en valor uno u otro modo de entender quiénes debían de ser los sujetos de derecho, también fueron ganando peso las organizaciones de gente con diversidad funcional. El CERMI, como entidad que aglutina a todas las organizaciones de personas con diversidad funcional, no estuvo presente al comienzo de las negociaciones y de los debates en torno a la ley.

Las organizaciones de mujeres y los colectivos de inmigrantes no han estado tan presentes en la elaboración de la Ley por varios motivos que conducen a que sus propuestas apenas se incorporen dentro de las prioridades de la Ley. Únicamente se refleja un análisis de esta situación en textos aledaños a la Ley, como en el Libro Blanco de Atención a Personas Dependientes en España o en el Informe de Impacto de Género, pero no se concreta la magnitud del problema ni el alcance de las medidas que pone en marcha la Ley. La inclusión de esta cuestión en la formulación de la Ley y en los textos previos tiene más que ver con una acción del lobby feminista (tanto en

los servicios sociales como en los partidos políticos, y en la relación de estos con organizaciones de mujeres), que con una intención política clara de enmarcar esta Ley en el debate del desigual reparto de los cuidados y sus consecuencias sobre las mujeres.

La publicación del Libro Blanco, liderado por el IMSERSO, va a suponer un importante impulso político a la elaboración de la ley. A partir de este momento comienza el debate institucional, la proliferación de estudios y trabajos sobre la materia, el acuerdo de 2005, básico para el entendimiento en el diálogo social; la participación de diversos actores (organizaciones profesionales, de mayores, de gente con discapacidad, de mujeres, etc.) en la lucha simbólica por hacer representar sus intereses, la participación de las CCAA y la movilización ciudadana (liderada por el Foro de Vida Independiente y también por movimientos sociales de mujeres).

Finalmente en enero del 2006, se elabora el Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Este anteproyecto se acompaña de una Memoria de análisis de impacto normativo, económico, de género e igualdad de oportunidades. Este proyecto ya incluye el modelo de protección universal, financiado vía impuestos, y se indica el grupo objeto (los beneficiarios de las prestaciones serán mayores de 3 años, mientras que en la LAAD se contempla de 0-3 años).

En febrero de 2006 el Consejo Económico y Social, previo análisis de la Comisión de trabajo creada para esta competencia, elabora el Dictamen 3/2006 sobre el Anteproyecto de Ley, en el que tras algunas recomendaciones valora positivamente dicho Anteproyecto. También el Consejo de Estado valora el anteproyecto de Ley y a través de un dictamen establece sus conclusiones. Se presenta en el parlamento, y este proyecto recibe cientos de enmiendas que deberán ir respondiéndose una a una. Finalmente, el 14 de diciembre de 2006 se aprueba la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, con bastante acuerdo político pero sin el apoyo de CIU, EA y PNV.

Se define así el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) que se irá concretando a partir de los sucesivos acuerdos. Esta ley propone regular las condiciones que garanticen el derecho subjetivo a la promoción de la autonomía personal y la atención de las personas en situación de dependencia. Esta ley establece los principios, derechos y obligaciones, así como los requisitos de titularidad para el acceso al derecho. Se establece una responsabilidad compartida entre el Estado y las Comunidades Autónomas en un modelo básicamente descentralizado. Se crea también el Consejo territorial para el SAAD, a partir del cual están representados miembros ministeriales y también de las distintas CCAA, y el cual desarrolla acuerdos en materia

de: criterios de participación de beneficiarios en el coste de los servicios, condiciones y cuantías de las prestaciones económicas, baremo y procedimientos de valoración, etc.

Asimismo, se establece el catálogo de prestaciones y servicios de atención del SAAD. Las prestaciones de la dependencia podrán tener, por una parte, el carácter de prestaciones económicas o estar asociadas a servicios. También se regula la prestación económica en el entorno familiar y por cuidadores/as no profesionales y la prestación económica de asistencia personal. El catálogo de servicios se corresponde con los siguientes: a) servicio de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, b) servicio de teleasistencia, c) servicio de ayuda a domicilio (en cuidados o labores del hogar), d) centro de día y noche (para mayores, para menores de 65 años, de atención especializada), e) servicio residencial (para mayores, para personas con discapacidad).

Se establecen tres grados de dependencia para su valoración, que son: Grado I (dependencia moderada), grado II (dependencia severa) y grado III (gran dependencia). Así, también se desarrolla un procedimiento para el reconocimiento del derecho (a través de un Programa Individual de Atención) y los modos de financiación del sistema y de aportación de los/as beneficiarios/as.

## EVOLUCIONES RECIENTES DE LA LEY DE DEPENDENCIA

Tras la crisis económica, pero de forma particularmente acentuada los últimos dos años, la LAAD ha experimentado una reducción sustantiva de los recursos que esta pone a disposición de las familias, a partir de diversas modalidades de reformulación de sus principios. Desde su aprobación en el 2006, esta ley ha experimentado tres importantes reformas, siendo la más pronunciada la de julio del 2012.

En primer lugar, el Real Decreto-Ley 20/2011 modifica el calendario de aplicación de la Ley a dependientes moderados, con lo cual los dependientes menos graves han sido excluidos del sistema hasta el año 2015.

En segundo lugar, se suprime una de las partidas con las que el gobierno financiaba el nivel acordado en el Sistema de atención a la Dependencia a través de los Presupuestos Generales del Estado para 2012 y cuyo objetivo era financiar infraestructuras y servicios para la atención a personas dependientes.

En tercer lugar, el RDL 20/2011 modifica 14 artículos de la Ley, y prevee, entre otras cuestiones, la reducción de la cuantía de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar; se incrementan las aportaciones de los usuarios; se eliminan las compatibilidades entre servicios, se revisa el modelo de cotizaciones de los cuidadores no profesionales en el entorno familiar, etc.



En cuarto lugar, el programa Nacional de Reformas de España 2013 reduce la partida de atención a la dependencia, con el uso de eufemismos como “racionalización y modernización del sistema de atención a la dependencia” contemplada en el RD-ley 20/2012 y que, entre otras medidas, a través de medidas como incentivación de la participación privada y modificación del proceso de valoración de personas (reducción del nivel de gravedad) en situación de dependencia, además de subida de la participación del usuario a través del copago y demora de dependientes moderados, pretende reducir el gasto.

Esta situación se está traduciendo en una reducción importante del número de beneficiarios de ayuda estos dos últimos años, reducción esta que afecta tanto de las personas con derecho a atención como de las personas atendidas.

## 5- CONTEXTO SOCIAL, PERFIL DEMOGRAFICO Y ESTRUCTURA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADOS<sup>16</sup>

El sector de la población con una edad igual o superior a 65 años experimenta un crecimiento constante, dada la baja tasa de natalidad y la creciente esperanza de vida. Unido a ello se encuentra la tendencia experimentada en los últimos años al retorno de los inmigrantes a su país de origen, lo que puede acelerar aún más su crecimiento (IMSERSO, 2010).

El envejecimiento de la población es un fenómeno global, pero Europa lo lidera a nivel mundial. Más de 87 millones de personas tenían 65 o más años a 1 de Enero de 2010, el 17,4% de la población total (EUROSTAT, 2012), y se prevé que en el 2025 aproximadamente una de cada cuatro personas tendrá más de 65 años y la mitad serán mayores de 50 años (Teófilo, González, Díaz y Rodríguez, 2011). España se encuentra entre los países con mayor envejecimiento a nivel mundial. Según la Explotación del Padrón 2011 (INE, 2011), en enero de ese año había 8.093.557 personas mayores (el 17,2% de la población total).

En base a los últimos datos aportados sobre la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) realizada a 21.007 adultos, cerca del 47% de la población mayor presenta algún tipo de problema de dependencia funcional. Si se tienen en cuenta todos los datos aportados hasta el momento, se evidencia que la demanda de cuidados a población dependiente está en ascenso, sin considerar los porcentajes de personas con alguna dependencia funcional que pueda haber en otros grupos de edad. Sumado al envejecimiento demográfico, el hecho de que se haya producido un incremento en la supervivencia de las personas con enfermedades crónicas y discapacidad está aumentando no sólo el número de personas que necesitan cuidados sino también la complejidad de dichos cuidados (Rojo et al., 2009).

### PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LOS CUIDADORES Y LEY DE DEPENDENCIA

La Ley de la Dependencia (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y a las familias de España) se aprueba en 2006 para dar cobertura, como hemos comentado, a las necesidades que presentan las personas dependientes por motivos de envejecimiento, o por sufrir algún tipo de enfermedad, accidente o suceso incapacitante. Las prestaciones de atención a la dependencia son servicios o prestaciones económicas que van destinadas, por un lado,

---

<sup>16</sup> La redacción de este capítulo ha corrido a cargo de Celeste Dávila

a la promoción de la autonomía personal, y por otro lado, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Según los datos aportados por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a 1 de Julio de 2013 se registraron un total de 1.617.922 solicitudes para acogerse a algún tipo de cobertura recogida en la Ley, lo que suponía el 3,42% de la población española. Pero únicamente, en esa fecha sólo 950.452 personas eran consideradas beneficiarias con derecho a prestación. El perfil más frecuente de la persona con derecho a prestación es el de una mujer con edad igual o superior a los 80 años, ya que el 66% de los beneficiarios son mujeres, y el 53,69% tienen una edad igual o superior a los 80 años. Sólo un 26,52% de los beneficiarios tienen edades inferiores a los 65 años. Con relación a las prestaciones recibidas, el 43,36% reciben prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, frente al 49,48%, que reciben prestaciones por servicios. En el Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2004) se recoge que en 2004 la primera opción de preferencia para la muestra de cuidadores estudiada era la que corresponde a la atención domiciliaria, y aunque en una encuesta realizada en 1994 el 61,5% optaba por una prestación económica en forma de salario mensual, en 2004 ese porcentaje se reducía al 32%, quedando por detrás de otras opciones como los centros de día u otros servicios de apoyo.

Igualmente a 1 de Julio de 2013 se cifraba en 18.518 los convenios especiales resueltos de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia. El 89,68% de estos convenios eran suscritos por mujeres y el 67,26% eran mayores de 50 años (SAAD-IMSERSO, 2013b). Básicamente las únicas personas que pueden acceder a la condición de cuidador no profesional son el cónyuge del beneficiario y sus parientes por consanguineidad, afinidad o adopción hasta tercer grado de parentesco, aunque también puede atenderse a ciertos casos excepcionales, como la no existencia de ningún grado de parentesco pero que pueda demostrarse que durante al menos un año se ha estado cuidando al beneficiario. La finalidad de este tipo de prestaciones es mantener al beneficiario en su domicilio.

El Libro Blanco de la Dependencia estimaba que para el 2010 el 100% de la población dependiente en ese año estaría cubierta por el sistema y que habría más de 350.000 empleos en este sector, lo que liberaría en gran medida a los cuidadores informales y muy probablemente el perfil de los cuidadores formales llegaría a diferir del de los informales, incorporando a un mayor número de varones y de menor edad (Herce, Labeaga, Sosvilla y Ortega, 2006). Hasta el momento, los datos parecen mostrar que estas previsiones aún están muy lejos de conseguirse.

Con independencia de los datos relativos a los convenios especiales de cuidadores, entre las dimensiones más destacadas de la calidad de vida de la población mayor se encuentra la red familiar, como proveedor fundamental de ayuda informal. Los

mayores muestran una elevada satisfacción con la ayuda informal, más que con la ayuda de carácter formal (el 96,4% de los mayores está bastante o muy satisfecho con la ayuda informal, frente al 69,7% que lo están con la ayuda formal). En este caso, cuando nos referimos a ayuda informal estamos aludiendo a aquella prestada para el desarrollo de actividades cotidianas como hacer la compra, preparar comidas, hacer gestiones, acompañar al médico, etc. (Rojo, et al., 2009).

La familia es la institución de apoyo más importante para los mayores en todos los países de la Unión Europea (UE) (IMSERSO, 2005b). Pero a diferencia de lo que ocurre en otros países de la UE, en España, al igual que en otros países mediterráneos, las relaciones familiares tienen un profundo arraigo a nivel social. Es en la familia donde recae el mayor peso de los cuidados (Rojo, et al., 2009) y a pesar de la LAAD el cuidado de las personas en situación de dependencia sigue descansando en una fuerte solidaridad familiar. En base a datos de la Encuesta SHARE de 2004, Pommer et al. (2007) recogen que España era después de Grecia e Italia el país con más baja cobertura de ayuda formal para personas discapacitadas mayores de 50 años (ver en Rogero y Rosenberg, 2011). En España, el 90% de los cuidadores consideran que el cuidado de los mayores es una obligación moral, aunque un grupo importante de cuidadores matiza que tampoco les queda otro remedio que hacerlo (IMSERSO, 2004).

En base a datos del 2005 el número de cuidadores informales se estimaba en 1.042.713 personas, de los cuales 950.528 eran cuidadores familiares y 92.189 empleados del hogar que cuidan a personas mayores (Dizy, 2006). Casi 8 de cada 10 personas dependientes reciben sólo cuidado por parte de sus familiares, el 8,5% recibe cuidado familiar y cuidado privado, procedente fundamentalmente de empleadas del hogar, el 5,1% recibe únicamente este último tipo de cuidado, el 3,8% dispone de atención por parte de la familia y de los servicios sociales, y sólo un 2% recibe apoyo únicamente por parte de los servicios sociales. En general, la familia participa en el cuidado del 93% de las personas dependientes (Rogero, 2011).

Según datos del CIS de 2001, el 25,8% de los familiares que proporcionaban ayuda informal eran hijas de las personas dependientes, y el 12,4% cónyuges. En la encuesta del CIS del 2006, 38,8% eran hijas y el 21,8% cónyuges (Abellán y Esparza, 2010). En base a datos del 2002, el 29% de los mayores dependientes vivían con su pareja y el 35,9% con sus hijos (IMSERSO, 2005b). Datos basados en la encuesta EDAD (IMSERSO, 2008) muestran que el 79,3% de los cuidadores principales residen en el mismo hogar que la persona a la que se prestan los cuidados. Conforme aumenta la edad del mayor se incrementa significativamente el número de personas que conviven con sus familiares a turnos, entre un 12% y un 33% de los mayores dependientes van rotando por los domicilios de sus hijos (Crespo y López, 2007).

Dizy (2006) recoge datos de encuestas realizadas entre 2000 y 2005, y encuentra, en cuanto al estado civil de la persona que recibe ayuda, que en el caso de los varones la mayoría están casados y conviven con su pareja (55,7%) y en el caso de las mujeres, la mayoría están viudas (66,2%) y se deduce que son cuidadas por sus hijas. La respuesta a esta diferencia puede que esté en la edad generalmente superior de los varones, lo que da lugar a más probabilidad de tasas de dependencia a mayor edad y que la mayor parte de ellos estén casados a diferencia de lo que ocurre con las mujeres, donde predomina la viudez. También la respuesta puede estar en el reparto desigual de las tareas domésticas por sexo, que tradicionalmente ha dejado la carga del cuidado a las mujeres (Abellán y Esparza, 2010). En una encuesta realizada en 2005 se encontró que aunque el 59% de los cuidadores cree que tanto varones como mujeres pueden realizar las tareas de cuidado, el 21% prefiere que las mujeres sean las cuidadoras. Con más frecuencia se prefería que en la vejez fuese la hija la que se encargase de su cuidado (el 26%, frente al 5% del hijo y un 14% al que le resultaba indistinto) (IMSERSO, 2008).

En base a datos de 2004, el perfil más frecuente de cuidador informal es el de mujer, mayor de 50 años, casada, con estudios primarios y que se dedica a las tareas del hogar (83,6% de los cuidadores son mujeres, la edad media del cuidador es de 52,9 años y el 59,2% tienen más de 50 años, el 76,2% está casado, el 43% tiene estudios primarios frente al 7% que tiene estudios universitarios, el 44,2% se dedica a las tareas del hogar, y solo un 26% se encuentra laboralmente en activo) (Herce et al., 2006). Los datos derivados de la Encuesta de discapacidad EDAD (IMSERSO, 2008) confirman este escenario. Plantean que tres de cada cuatro cuidadores principales son mujeres, con edades comprendidas entre los 45 y 64 años. La intensidad de la ayuda prestada es muy alta: en el 69% de los casos el cuidador presta ayuda en tareas domésticas, instrumentales y de cuidados personales. El tiempo medio dedicado es de una media de seis años, con una inversión diaria de 10 horas (Dizy, 2006). Respecto a la frecuencia de la ayuda, suele ser atención que se proporciona todos o casi todos los días (Rojo, et al., 2009). Dizy (2006) recoge que la mayoría de los cuidadores prestan una ayuda de carácter permanente y sin recibir ayuda de otras personas (77% de los entrevistados). A su vez, el 16,6% de los varones que viven con personas con limitaciones o discapacidad asume su cuidado en solitario frente al 49,4% de las mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Datos que son coherentes con los presentados previamente por Herce et al. (2006) en base a dos encuestas realizadas en 1993 y 2004 para el IMSERSO, donde se encuentra que son las mujeres y normalmente en solitario las que se ocupan del cuidado de las personas dependientes, aunque en 2004 se comprueba que se pueden ver apoyadas por otros miembros de la familia y por cuidadores retribuidos. Dizy (2006) recoge en base a encuestas realizadas entre el año 2000 y 2005 que un 14% recibe ayuda formal, y de

ese porcentaje el 51,2% consiste en la contratación privada de una empleada del hogar y el 2% en la contratación de una empresa privada.

El 80% de los cuidadores declara que no recibe de forma regular ningún tipo de retribución por parte de la persona que recibe los cuidados. Cuando reciben alguna, ésta se dedica a cubrir los gastos derivados del ejercicio del cuidado en el 43% de los casos, considerándose deficitarias en el 30% (IMSERSO, 2004; Pérez, 2008).

A pesar de que las tareas del cuidado son asumidas fundamentalmente por las mujeres, representando cerca del 84% de los cuidadores, el colectivo de cuidadores está conformado por personas de muy diferente perfil, entre el que se encuentran los varones también. En un estudio realizado en España que comparaba a cuidadoras y cuidadores en el cuidado no profesional de los mayores se encontraron resultados que iban en la misma línea que lo hallado en otros países. En base a una muestra de 208 cuidadores (el 15,87% eran cuidadores varones) se encontró que los cuidadores varones eran de mayor edad, y habían trabajado previamente fuera del hogar, aunque en la actualidad estaban en situación de jubilación, frente al predominio de amas de casa entre las cuidadoras mujeres. No se encontraron diferencias respecto a la situación laboral activa en el momento de la recogida de datos. Las diferencias relativas a las tareas del cuidado o a la responsabilidad principal sobre la persona atendida eran menores a las esperadas (por ejemplo, sólo se encontró que las mujeres desarrollaban más tareas del hogar, de higiene personal y de actividades básicas de la vida diaria), aunque sí se encontraron diferencias en el apoyo social disponible y en la autopercepción que tienen unas y otros sobre la propia situación del cuidado, lo que influye en la experiencia de estrés, en el estado de salud y en la calidad de vida del cuidador/ra. Por ejemplo, se encontró una mayor percepción de apoyo social entre los cuidadores y una mayor presencia de estresores entre las cuidadoras. No sólo el género, sino también la edad de los mayores o los niveles de dependencia, pueden explicar estas diferencias: las mujeres atienden en mayor medida a personas de mayor edad y con niveles más severos de dependencia (IMSERSO, 2008).

Como se describía previamente, un 14% de los cuidadores que asumen el cuidado de un familiar dependiente recibe ayuda externa para proporcionar dicho cuidado, y en un elevado porcentaje esa ayuda procede de empleados del hogar contratados para tal fin (Dizy, 2006). Un número importante de esos empleados del hogar están en situación irregular, especialmente en la población inmigrante, lo que lleva a infravalorar las cifras totales de este tipo de empleados y el peso relativo de la población inmigrante en el desarrollo de estos puestos de trabajo. Las actividades que desarrollan estos empleados pueden ser muy diversas, en general pueden desempeñar todas aquellas que una persona mayor no puede realizar por sí misma y giran en torno a las tareas domésticas, las actividades cotidianas y el cuidado personal (Herce et al., 2006). Respecto al perfil de estos empleados, en base a datos presentados en 2005, en

su mayoría son mujeres (96,6%), su edad media está entre los 30-49 años (60,4% tienen edades comprendidas en ese intervalo), están casados (49%), tienen estudios primarios o secundarios (46,4%) y un gran número posee nacionalidad española (59,9%), aunque este último dato hay que considerarlo con precaución por lo relativo a la infravaloración del desempeño de este tipo de puestos por personas inmigrantes que se encuentran en situación irregular. Con relación a su jornada laboral, aunque el 45,9% trabaja a jornada completa, el 26,6% a jornada parcial y el 27% por horas, la mayoría no cotiza a la seguridad social (73%) (Dizy, 2006). El 80% de las empleadas del hogar inmigrantes que trabajan como cuidadoras principales de personas mayores lo hacen entre 6 y 7 días a la semana con un promedio de 15,7 horas diarias (Rogero, 2011).

En 2005 el IMSERSO presentó un estudio sobre el cuidado a la dependencia y la inmigración, donde se analizaba la situación de las personas inmigrantes que prestan cuidados en varias comunidades autónomas. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid la mayor parte de los trabajadores del hogar procede de América Latina porque son más numerosos, comparten el idioma, tienen especiales cualidades para el trabajo con personas inducidas por su socialización cultural y comparten la misma cultura religiosa. Predominan las mujeres, sobre todo para el cuidado de ancianas, y suelen tener una edad comprendida entre los 30 y 50 años. La oferta de empleo más frecuente es la de interna, pero hay una mayor demanda de externas, y una gran parte se encuentra sin permiso de residencia. Para muchas de ellas, este tipo de empleos es una puerta de acceso al empleo en España. Muy frecuentemente empiezan trabajando sin papeles como internas y después de varios años consiguen regularizar su situación y pasan a trabajar como externas en el mismo tipo de empleos o acceden a otros empleos (IMSERSO, 2005b).

Por último, diversos estudios han tratado de estimar el valor económico del cuidado no profesional a personas dependientes. Por ejemplo, en 2008 la estimación para el cuidado familiar oscilaba entre 12.020 millones de euros y 24.930 millones, según la cifra del coste de sustitución considerado; y para el cuidado contratado se encontraba entre 290 millones de euros y 328 millones, igualmente, según la cifra del coste de valoración utilizada (Herce et al., 2006). Otras estimaciones realizadas en 2004 muestran que para el cuidador familiar informal la cuantía se encuentra entre una horquilla de 28.158 a 13.073,76 euros al año; para el cuidador empleado del hogar contratado la cuantía es de 18.194,40 euros al año; y para el cuidador inmigrante contratado se presenta una horquilla que va de 7.109,96 a 29.111,04 euros al año (Dizy, 2006). Como se puede comprobar, los datos varían significativamente, muy probablemente debido a la metodología seguida para llevar a cabo las estimaciones y por la diferencia temporal entre unas estimaciones y otras.

## IMPACTO PSICOSOCIAL DEL EJERCICIO DE LOS CUIDADOS

El ejercicio de los cuidados puede acarrear costes para el cuidador que se manifiestan en muy diferentes ámbitos. En el laboral puede suponer el abandono del trabajo o tener que reducir la jornada laboral, por ejemplo; en el familiar, reducir el tiempo libre y de ocio, por ejemplo; y en el de la salud, el deterioro de la misma, como se describía en el anterior estudio (Dizy, 2006). En base a datos de la encuesta de apoyo informal a mayores en España realizada en 2004 se encuentra que el 87% de los cuidadores tienen problemas derivados del cuidado (56% en su salud, el 61% en el ámbito laboral o económico, y el 80% en su tiempo libre o vida familiar o social) (Rogeró, 2008). Las mujeres suelen tener que dejar más a menudo de trabajar o reducir su jornada laboral, ya sea porque su estatus profesional es inferior o porque se deja al varón la responsabilidad de aportar los recursos económicos; declaran tener niveles más elevados de cansancio, depresión y consumo de medicamentos para afrontar la situación; en lo relativo a la vida familiar y al tiempo de ocio aunque la carga negativa también es mayor para las mujeres la diferencia con los varones no es tan acentuada como en el caso de la esfera laboral y la salud (Abellán y Esparza, 2010). También se encuentra que, cuanto mayor es la edad del cuidador mayor es el número de ellos que describen tener repercusiones derivadas de su rol de cuidador (IMSERSO, 2005b).

Por otro lado, algunos estudios documentan que el ejercicio de cuidar puede tener efectos positivos en el cuidador, como por ejemplo, le puede llevar a sentir emociones positivas, lo que está inversamente relacionado con la depresión, la percepción de carga y la salud percibida (Losada, Montorio, Izal y Márquez, 2006).

## EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA LAAD Y CRISIS ECONÓMICA

En base al informe del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y la efectiva aplicación de la Ley editado por el IMSERSO en 2009, se constata que los dos primeros años de aplicación de la Ley estuvieron caracterizados por una amplia variabilidad en el recorrido de su aplicación efectiva, lo que dependió de la cultura específica del sistema de servicios sociales, de la existencia de herramientas y recursos eficaces, y de la determinación mayor o menor en la aplicación del nuevo sistema en cada comunidad autónoma.

En la evaluación de resultados sobre la aplicación de la Ley publicada en 2012 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se recoge que la Administración General del Estado, las comunidades autónomas y las entidades locales manifiestan



que se trata de una ley con grandes dificultades en su aplicación, dificultades que giran en torno a aspectos como el baremo y el proceso de valoración, la calidad y adecuación de la cartera de servicios, el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones, el sistema de información, las consecuencias sobre el empleo y los aspectos económicos asociados.

Concretamente, con relación a su desarrollo normativo, en base a esta última evaluación, éste se considera confuso, por el número de disposiciones de diferente rango y nivel aprobados desde su entrada en vigor y por las sucesivas modificaciones realizadas. También se considera que su desarrollo ha sido precipitado, ya que no se han anticipado los posibles resultados derivados de su aplicación, teniendo que dar respuestas puntuales a los desajustes legales que se han ido derivando.

Un aspecto de la Ley que merece la pena analizar con más detenimiento teniendo en cuenta los objetivos de la presente investigación es la consideración del cuidado familiar. Se constata en la primera evaluación descrita de la aplicación de la Ley, el excesivo desarrollo de las prestaciones económicas, consideradas en principio extraordinarias, en detrimento de las prestaciones en servicios profesionalizados (véase gráfico n. 7) (IMSERSO, 2009). Se debe recordar que, según el Artículo 14.4 de la Ley, el beneficiario podrá recibir únicamente de forma excepcional una prestación económica para ser atendido por un cuidador familiar. A pesar de ello, y tal como muestra el gráfico n.7, un gran porcentaje de las prestaciones que reciben los beneficiarios se concretan en ayudas económicas dirigidas a facilitar el cuidado de los familiares.

Cuando se atiende al grado de dependencia, se encuentra que no hay diferencias significativas en la distribución de servicios y prestaciones entre el grado III (grandes dependientes) y el grado II (dependientes severos) a 1 de Enero de 2012. El 46% de las personas con grado III y el 47% de aquellas con grado II tienen prestaciones económicas para el cuidado de familiares. Sumado a ello, partiendo también de la consideración de otros servicios, se estima que un 80,19% de las personas dependientes reciben atención en el entorno de su domicilio, el 54,5% en base a servicios de apoyo y el 45,5% en base al cuidado de familiares (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010), los motivos que explican la importante presencia de prestaciones económicas para el cuidado familiar y los servicios a domicilio son la tradición de cuidados en el entorno familiar, la voluntad de las personas mayores de seguir viviendo en su domicilio, el tener la vivienda en propiedad o el importante peso de este tipo de atención en el medio rural.

Un problema asociado al elevado porcentaje de prestaciones económicas para el cuidado de familiares es que este tipo de prestación no conlleva prácticamente la

generación de empleo. La generación de empleo profesional se produce a través de la prestación de servicios sociales.

## EVOLUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS CON DERECHO A PRESTACIÓN

Con respecto al número de solicitudes, según el IMSERSO (2012b) el incremento anual del número de estas ha disminuido transcurridos los cinco primeros años de aplicación de la Ley (gráfico n.1 y 2).

### Evolución solicitudes

| 2008 (1) | 2009(2) | 2010 (3) | 2011 (4) | 2012 (5) |
|----------|---------|----------|----------|----------|
| 684525   | 1082414 | 1482375  | 1597141  | 1636694  |

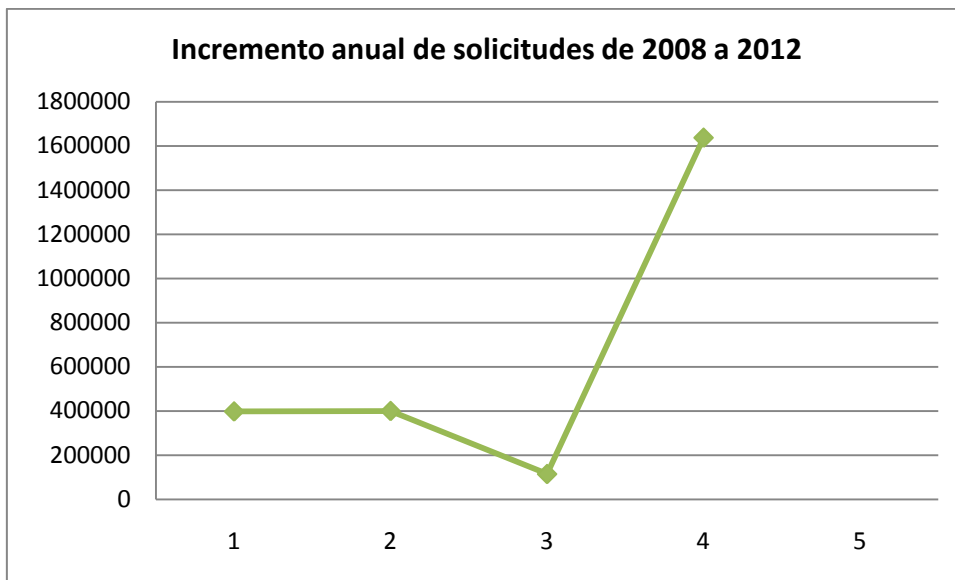
Gráfico 1



Fuente: IMSERSO-SAAD, 2008-2012<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Las cifras se recogen de las estadísticas del mes de Diciembre en cada año.

**Gráfico 2**



**Fuente: IMSERSO-SAAD, 2008-2012**

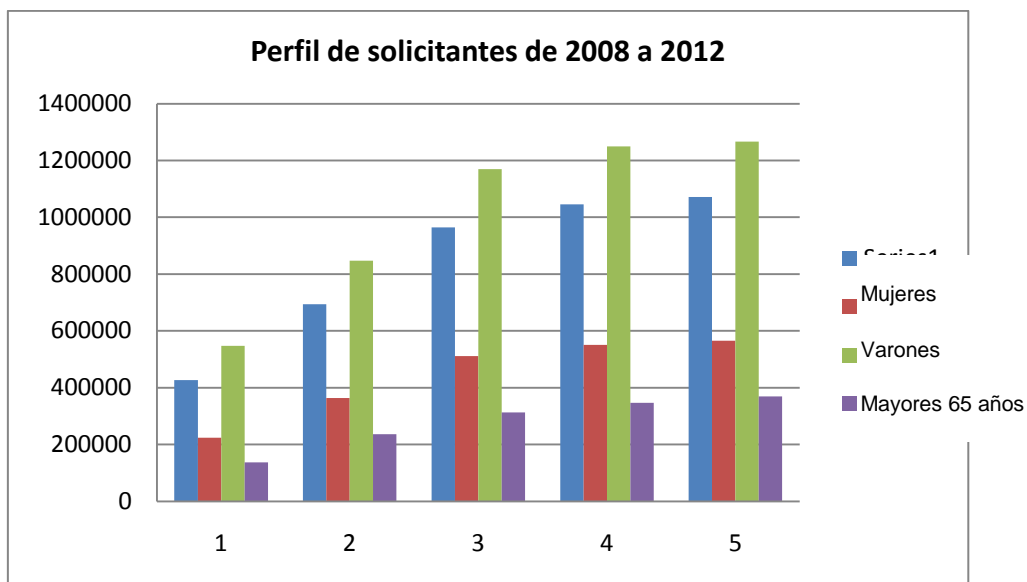
Un análisis más específico sobre los incrementos producidos anualmente muestra que se encontró un incremento prácticamente constante entre 2008 y 2009, y 2009 y 2010, en cambio ese incremento se reduce notoriamente entre 2010 y 2011, y aumenta muy destacadamente entre 2011 y 2012 (ver gráfico previo).

#### **Evolución perfil de solicitantes**

|                 | 2008   | 2009   | 2010    | 2011    | 2012    |
|-----------------|--------|--------|---------|---------|---------|
| Mujeres         | 426585 | 693409 | 964801  | 1045620 | 1071024 |
| Varones         | 223991 | 363285 | 511420  | 550913  | 565670  |
| Mayores 65 años | 547520 | 846690 | 1169836 | 1249982 | 1266965 |
| Menores 65 años | 137005 | 235724 | 312539  | 347159  | 369729  |

**Fuente: IMSERSO-SAAD, 2008-2012**

**Gráfico 3**



**Fuente: IMSERSO-SAAD, 2008-2012**

En base al gráfico 3 se puede comprobar que el perfil de los solicitantes resulta muy similar a lo largo de los 5 años analizados. Predominan las mujeres y las personas mayores de 65 años.

Desde la entrada en vigor de la Ley el 1 de Enero de 2007 hasta el 1 de Enero de 2012, a falta todavía de cuatro años para la implantación plena de la Ley, la cifra de personas con algún grado de dependencia reconocido supera la cifra estimada en 2007. En 2007 se estimaban 1.173.764 personas dependientes, a 1 de Enero de 2012 hay 1.612.729 solicitantes, se han valorado 1.503.758 casos y se ha reconocido algún grado de dependencia en 1.280.006 de los casos valorados (IMSERSO, 2012b).

| 2008   | 2009   | 2010   | 2011    | 2012   |
|--------|--------|--------|---------|--------|
| 422846 | 717044 | 888962 | 1053957 | 996088 |

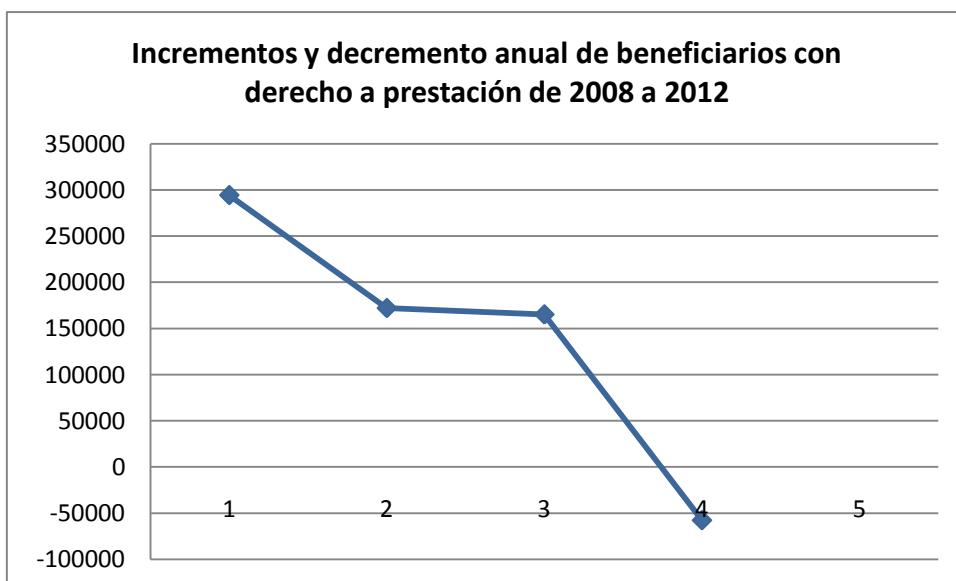
**Gráfico 4**



**Fuente: IMSERSO-SAAD, 2008-2012**

Según recoge el IMSERSO (2012b) el ritmo de crecimiento de los primeros años está remitiendo, como puede comprobarse en el gráfico 4 y 5. Merece la pena destacar el decremento en beneficiarios que se produce entre el año 2011 y el 2012.

**Gráfico 5**

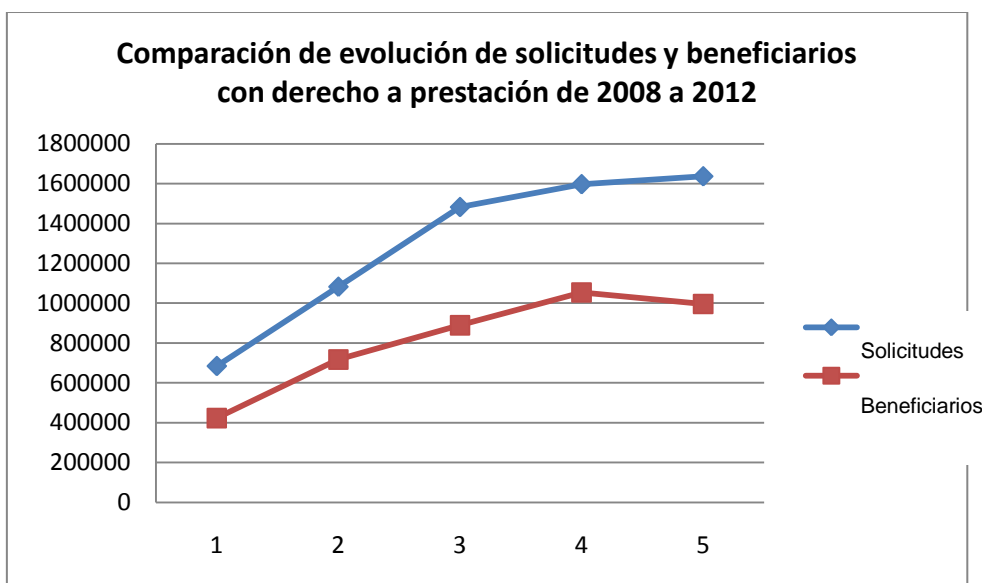


**Fuente: IMSERSO-SAAD, 2008-2012**

Nos encontramos ante una Ley con casi 7 años de implantación, un gran número de personas ya se ha incorporado al sistema, lo que explica que el mayor crecimiento se pueda apreciar en los primeros años del sistema. Hay que considerar también que en todos los meses se producen altas y bajas en el sistema de forma constante (IMSERSO, 2012a).

También se debe considerar que las personas beneficiarias con derecho a prestación han descendido en parte debido a las modificaciones producidas en el calendario de la Ley, que ha pospuesto la incorporación al sistema de las personas valoradas con grado I. La aplicación del nuevo baremo de dependencia ha entrado en vigor el 18 de Febrero de 2012 (IMSERSO, 2012a). Igualmente, el 27 de Septiembre de ese mismo año, se incorpora un nuevo decreto por el que se modifica el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (Gascó y Tejerizo, 2013). Según nota de prensa publicada en 2010 por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, al 56,65% de las personas en situación de dependencia se les aplicó el baremo de valoración de discapacidad física, y al resto el baremo de enfermedad mental o discapacidad intelectual.

**Gráfico 6**



**Fuente: IMSERSO-SAAD, 2008-2012**

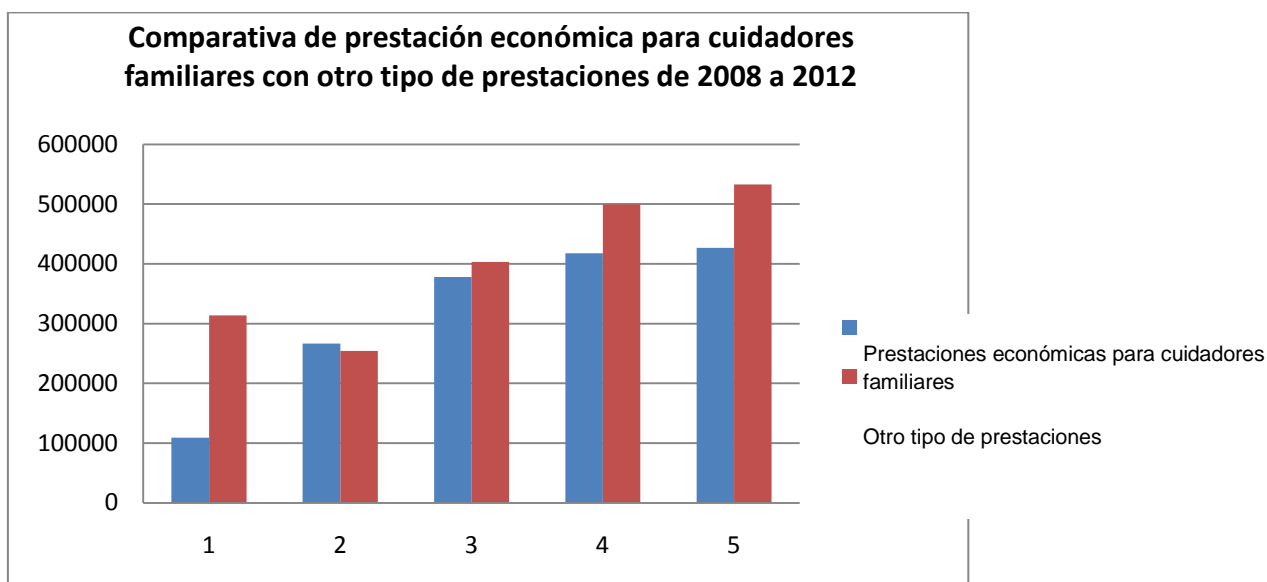
Respecto al análisis de los beneficiarios con prestación, a 1 de Enero de 2012 el 71,09% de las personas a las que les corresponde una prestación ya la están recibiendo, aunque hay bastante variabilidad de una comunidad autónoma a otra, la oscilación va del 43,80% al 91,55% (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Como puede comprobarse tras revisar el gráfico previo, la distancia entre el número de solicitantes y el número de beneficiarios con derecho a prestación parece haberse ido incrementando progresivamente a lo largo de los años analizados.

## Evolución prestaciones reconocidas

|  | 2008   | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Prestaciones económicas para cuidadores familiares | 109287 | 266398 | 377787 | 417782 | 426810 |
| Otro tipo de prestaciones                          | 313559 | 254338 | 403075 | 499822 | 533093 |

Fuente: IMSERSO-SAAD, 2008-2012

### Gráfico 7



Fuente: IMSERSO-SAAD, 2008-2012

El análisis visual del gráfico 7 muestra que las prestaciones económicas para cuidadores familiares lejos de considerarse prestaciones excepcionales constituyen un muy elevado porcentaje de las prestaciones concedidas, superando a otro tipo de prestaciones en el año 2009. En los últimos años, 2011 y 2012, parece apreciarse un mayor crecimiento relativo de otro tipo de prestaciones.

## CONCLUSIONES

El envejecimiento demográfico creciente de la población española explica el incremento tanto del número de personas que requieren de apoyo para el cuidado, como de la complejidad de esta actividad. En una inmensa mayoría de los casos (más del 90%), la familia se ocupa de forma exclusiva o participa en el cuidado. El perfil de la persona cuidadora es en su mayoría mujer, mayor de 50 años y con estudios primarios. Cuando el cuidador es un varón, es menos habitual que en el caso de las mujeres que lo hagan en solitario. La mayoría de las cuidadoras mujeres son amas de casa, mientras que los varones suelen ser jubilados. Las personas beneficiarias con derecho a prestación han descendido y se incrementa el desfase entre las prestaciones solicitadas y las concedidas. Casi dos tercios de las personas que han solicitado una prestación, ya la han recibido, pero hay una gran variación según CCAA: Si bien la prestación económica es una opción elegida por gran número de familias, la evolución es a incrementarse el porcentaje de personas que usa la LAAD para la atención domiciliaria.



# METODOLOGÍA

## 6. ELABORACIÓN METODOLOGICA

La fase empírica de este proyecto se ha dividido en dos etapas. En una primera etapa han sido realizadas 22 entrevistas a informantes clave con las que explorar el proceso de elaboración y negociación de la Ley de dependencia. Esto nos ha permitido reconstruir esta pugna política entre diversas voces por hegemonía simbólica, esto es, por participar en la elaboración del problema así como en la definición de cómo se distribuyen las responsabilidades sociales y morales frente a la dependencia.

Una segunda fase se ha dirigido a identificar y explorar distintas situaciones y contextos de ejercicio de los cuidados, teniendo en cuenta la diversidad de modalidades a las que se hace alusión en la LAAD y de perfiles sociodemográficos de individuos que se han acogido a esta, a fin de indagar en los procesos de definición de los cuidados y de negociación del orden social de género en la implementación concreta de esta importante actividad social. Para ello, han sido realizadas 43 entrevistas a diversos miembros que participan directa o indirectamente en la relación de cuidados (repartidos en 10 estudios de caso)

Para la elaboración de la primera fase, este estudio se ha basado en el análisis documental de la ley 39/2006 del 14 de diciembre (LAAD) y en el análisis de los testimonios de 22 informantes clave. El principal criterio de selección para el diseño de la muestra de estos informantes clave ha sido el de diversidad y peso de posiciones y perspectivas (*voces*) de diversos actores que participaron directa e indirectamente en el diseño de la ley. En el diseño específico de la ley han jugado un papel central dos etapas, que son la preparación de libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia, cuya autoría es compartida entre el equipo técnico del IMSERSO y diversos expertos; y la producción de espacios formales e informales de interacción y negociación entre diversos actores sociales. En este sentido, y a fin de asegurar la diversidad de posiciones que recoge esta heterogeneidad de actores que participaron en la elaboración de la ley, hemos seleccionado una muestra que obedece a tres principales criterios: la entidad a la que pertenecen, la vinculación con la ley y el tipo de responsabilidad e implicación en la elaboración de esta ley. En base a estos tres criterios, hemos realizado las siguientes entrevistas a informantes clave: expertos que participaron en la elaboración del libro Blanco (3 entrevistas); expertos en cuestiones de género (1); representantes del IMSERSO (2) y otras organizaciones de mayores (UDP) (1); representantes de movimientos sociales de mujeres (Asamblea Feminista de Madrid, Forum de Política Feminista) (2) y de instituciones representativas de sus voces (Instituto de la Mujer) (1); representantes de organizaciones de mujeres mayores (Asociaciones de mujeres por un envejecimiento saludable, AMES) (1); representante de las asociaciones patronales de servicios a la dependencia (Fundación ALARES; Asociación AESTE (Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia)

(2); representante de departamentos de políticas sociales de asociaciones sindicales (CCOO) (2); representantes de organizaciones de personas con discapacidad/diversidad funcional (Foro de Vida Independiente, ASPAYM y CERMI) (3). Estas tres asociaciones han sido seleccionadas por considerar que representan posiciones emblemáticas de movimientos sociales que se pronunciaron y acompañaron al diseño de la ley; representantes de trabajadores de los servicios sociales responsables de cuestiones vinculadas con la dependencia (seguimiento, asesoría, programas dirigidos a cuidadores, etc.) (4). El siguiente cuadro resume este concepto.

|  | <b>Cargo/Entidad</b>  |
|--|---|
| <b>Expertos/as</b>   | CCOO. Exdirector IMSERSO. Experto Libro Blanco  |
|  | Experto en Libro Blanco. Comité evaluador de la LAAD.   |
|  | Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Experta.   |
|  | Fundación Pilares de la Autonomía/Fundación Amigos de los mayores/Instituto gerontológico Matía (INGEMA)/ IMSERSO |
|  | Fórum de Política Feminista   |
|  | Instituto de la Mujer   |
|  | Asesor de Calidad e I+D+I de la Ley. Experto en el Libro Blanco.  |
| <b>IMSERSO</b>   | Subdirección de Planificación, evaluación   |
| <b>Organizaciones de mayores</b>                           | Presidente de la Unión Democrática de Pensionistas (UDP)  |
| <b>Organizaciones de personas con diversidad funcional</b> | Foro de Vida Independiente  |
|  | Secretaria de Organización de COCEMFE y Presidenta de la Comisión de Seguimiento de la Ley 39/2006 del CERMI      |
|  | ASPAYM-Oficina de Vida Independiente  |
| <b>Organizaciones de</b>                                   | AMES (Asociación de Mujeres por un envejecimiento   |

|  |   |
|--|---|
| <b>mujeres</b>                                       | saludable)  |
|  | Asamblea Feminista de Madrid  |
| <b>Sindicatos</b>                                    | Secretaria de política social de CCOO                                     |
|  | Adjunto Secretaría de política social de CCOO                             |
| <b>Organizaciones patronales</b>                     | Asociación AESTE (Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia |
|  | Fundación ALARES  |
| <b>Servicios Sociales</b>                            | Directora de los Servicios Sociales de Chamartín                          |
|  | Coordinadora de los Servicios Sociales de Villaverde                      |
|  | Trabajadora social de los Servicios Sociales de Villaverde                |
| <b>Programas de apoyo a cuidadoras/es familiares</b> | Coordinadora de los programas del Ayuntamiento de Madrid.                 |
| <b>Total entrevistas</b>                             | 22  |

Para la elaboración de la segunda fase, hemos procedido a la identificación de ocho estudios de caso (34 entrevistas semidirigidas) y dos casos atípicos (6 entrevistas semidirigidas), que nos permitan reconstruir las prácticas específicas de elaboración y negociación de los cuidados. Hemos considerado que los estudios de caso<sup>18</sup> era la técnica más adecuada para la identificación de relaciones en pugna, de vivencias cruzadas y de intercambios complejos entre los diversos participantes en esta situación social. De este modo, han sido realizadas, para cada uno de los estudios de caso, entrevistas semidirigidas a diversos actores participantes y constructores de la relación social del cuidar: persona cuidadora, persona cuidada, familiares, técnicos interventores (si los hubiera) y, en aquellos casos que resultaba relevante, responsables de la iniciativa (residencia de acogida).

---

<sup>18</sup> Teniendo en cuenta nuestra definición del cuidado como una relación abierta, contingente y negociada, nos ha parecido oportuno usar como instrumento de extracción de datos los estudios de caso ya que estos permiten recuperar los testimonios de las diversas partes implicadas en esta relación. Justamente, una de las potencialidades del estudio de casos es la posibilidad de obtener información desde múltiples perspectivas (Yin, 1984)

Esta captación y recuperación de los testimonios de los distintos actores participantes en la relación de cuidados, y que intenta reconstruir los vivencias de las diversas partes implicadas en estas prácticas sociales de los cuidados, ha resultado de enorme complejidad, en algunos casos, por la dificultad de realización de entrevistas a personas con alto grado de deterioro mental, en otros casos, por el rechazo cultural que puede suponer, en algunas ocasiones, la situación de entrevista en el hogar, por venir acompañada de un posible sentimiento de invasión de espacios considerados tan privados como son el ámbito de los cuidados familiares. Estos obstáculos nos han resultado en sí mismos también de gran interés, pues ponen de manifiesto el carácter eminentemente privado y silenciado bajo el que se realizan las prácticas de cuidados, lo que explica el gran pudor que generaba, en muchos casos, expresar sus vivencias sobre el hecho de cuidar y de ser cuidados. Esto explica que hayamos optado por reforzar, en la realización de las entrevistas, el establecimiento de una relación de confianza y de cordialidad con los sujetos entrevistados. Nos ha parecido conveniente que, ya que en la mayoría de los casos las personas entrevistadas eran mujeres, la entrevistadora fuera también una mujer.

En algunos estudios de caso, hemos procedido a la realización de entrevistas adicionales por considerar de particular interés profundizar, de forma más específica, en determinadas condiciones sociales de esta relación de los cuidados. Estas entrevistas adicionales nos han permitido también indagar en el papel que juegan otras variables adicionales en esta práctica social, como puede ser la condición socioeconómica, el sexo del cuidador o la situación profesional o familiar del cuidador.

A la hora de realizar los estudios de casos, hemos tenido en cuenta los siguientes criterios

1. Sexo de la persona receptora de cuidados
2. Sexo de la persona cuidadora
3. El vínculo social entre el cuidador y el sujeto receptor de estos cuidados
4. La naturaleza de los cuidados (profesional, familiar).
5. El espacio social en el cual se localiza la relación de cuidados.
6. El carácter económico de la situación de cuidados.
7. El marco institucional en el cuál se prestan los cuidados.
8. Condición socioeconómica del cuidador

| TIPOS DE PERFILES   | DESCRIPCIÓN                        | CASOS (con sus respectivas entrevistas realizadas)<br><br>T: TIPO<br><br>C: CASO<br><br>E: ENTREVISTA   | Entrevistas adicionales realizadas<br><br>EA (ENTREVISTA ADICIONAL)   |
|---|------------------------------------|---|---|
| <b>TIPO 1:</b><br><b>CUIDADO FAMILIAR A TIEMPO COMPLETO</b> | Cuidadora familiar tiempo completo | <p><u>CASO 1:</u></p> <p>-T1. C1. E1- Cuidadora familiar Clase media-baja.</p> <p>-T1. C1. E2- Usuaría mayor con prestación económica solicitada.</p> <p>-T1. C1. E3- Familiar. Hijo de cuidadora principal.</p> <hr/> <p><u>CASO 2.</u></p> <p>-T1. C2. E4- Cuidadora familiar. Clase media-baja.</p> <p>-T1. C2. E5- Usuaría mayor con ayuda a domicilio y teleasistencia.</p> <p>-T1. C2. E6- Profesional de tele-asistencia.</p> <p>- T1. C2. E7- Profesional de ayuda a domicilio.</p> | <p>-T1. EA1. Cuidadora familiar. Clase media-baja. Con ayuda a domicilio.</p> <p>-T1. EA2. Cuidadora familiar. Clase media-baja. Cuida hermana y madre. Ayuda a domicilio y centro de día.</p> <p>-T1. EA3. Cuidadora familiar hijo. Clase media-alta. Con prestación económica.</p> <p>-T1. EA4. Cuidadora familiar. Asociada “Cuídate-Cúidale”.</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p><b>TIPO 2</b></p> <p><b>CUIDADO FAMILIAR</b></p> <p><b>TIEMPO PARCIAL</b></p> | <p>Cuidadora familiar tiempo parcial</p> <p>(actividad en el mercado de trabajo)</p> | <p><u>CASO 3</u></p> <p>-T2. C3. E8. Cuidadora familiar clase media alta (enfermera). Con prestación económica</p> <p>-T2. C3. E9. Cuidadora profesional interna Migrante <i>sin papeles</i></p>   | <p>-T2. EA5. Cuidadora familiar Clase media Alta. Trabaja administración. Con ayuda a domicilio.</p>   |
| <p><b>TIPO 3</b></p>   | <p>Cuidadora profesional interna. Migrante</p>                                       | <p><u>CASO 4</u></p> <p>-T3. C4. E10</p> <p>Cuidadora familiar. Clase alta. Con prestación económica.</p> <p>-T3. C4. E11.</p> <p>Cuidadora profesional interna. Migrante <i>con papeles</i>.</p>  | <p>-T3. EA6. Cuidadora profesional interna. Migrante con familia en lugar de origen y destino.</p> <p>-T3. EA7. Cuidadora profesional migrante. Trabajó de interna y en residencia. Participa en asociación.</p> |
| <p><b>TIPO 4</b></p>   | <p>Cuidador familiar tiempo parcial. Apoyo centro día</p>                            | <p><u>CASO 5</u></p> <p>-T4. C5. E12. Cuidador familiar jubilado. Clase media alta. Con apoyo de centro de día.</p> <p>-T4. C5. E13. Trabajador social de centro de día.</p> <p>-T4. C5. E14. Psicóloga de centro de día.</p> <p>-T4. C5. E15. Terapeuta ocupacional de centro de día.</p> <p>-T4. C5. E16. Usuaría de centro de día con demencia.</p> | <p>-T4. EA8. Cuidadora familiar de usuario en centro de día.</p> <p>-T4. EA9. Cuidadora familiar de usuario en centro de día</p>   |

|               |   |   |  |
|---------------|---|---|--|
| <b>TIPO 5</b> | Residencia privada (pequeña) de personas mayores        | <u>CASO 6</u><br>T5. C6. E17. Entrevista colectiva: Directora de la residencia; enfermera y usuaria mayor.  | -T5. EA10. Familiar de usuaria mayor en residencia.        |
| <b>TIPO 6</b> | Residencia privada (grande) de personas mayores         | <u>CASO 7</u><br>-T6. C7. E18 Entrevista colectiva. Dos usuarias mayores de centro residencial  |  |
| <b>TIPO 7</b> | Residencia pública de personas con diversidad funcional | <u>CASO 8</u><br>-T7. C8. E19. Usuaría con diversidad funcional de centro residencial.<br><br>-T7. C8. E20. Familiar de usuaria con diversidad funcional. Clase media-alta  |  |
| <b>TIPO 8</b> | Varón cuidador familiar a tiempo completo               | <u>CASO 9</u><br>-T8. C9. E21. Varón cuidador a tiempo completo. Clase media-baja.<br><br>-T8. C9. E22. Usuaría mayor con prestación económica en el entorno familiar.<br><br>-T8. C9. E23. Pareja del cuidador familiar. Migrante trabajadora de cuidados. | -T8. EA11- Varón cuidador con apoyo de centro residencial. |



|                          |  |  |                         |
|--------------------------|--|--|-------------------------|
| <b>TIPO 9</b>            | Situación atípica1.<br>Oficina de Vida Independiente (OVI) | <u>CASO 10</u><br>-T9. C10. E24. Usuario OVI.<br>-T9. C10. E25. Asistente personal OVI.  | -T8. EA12. Usuaría OVI. |
| <b>TIPO 10</b>           | Situación atípica2<br>Cooperativa de Mayores (Trabensol)   | <u>CASO 11</u><br>-T10. C11. E26. Varón cooperativista 1<br>-T10. C11. E27. Varón cooperativista 2<br>-T10. C11. E28. Mujer cooperativista |                         |
| <b>Total entrevistas</b> | 40   | 28   | 12                      |

En base a estos criterios hemos seleccionado los siguientes estudios de caso: Estudio caso 1: Mujer que cuida sola y a tiempo completo de un familiar mayor, y que recibe alguna ayuda de la LAAD; estudio caso 2: Mujer que cuida a tiempo parcial a un familiar mayor, que trabaja en el mercado, y que tiene a cargo a más miembros de la familia (hijos/as, etc.). Recibe alguna ayuda de la LAAD; estudio caso 3: Mujer inmigrante que trabaja en una casa como “interna”, cuidando de una persona mayor. También en este caso era importante que el usuario recibiera una prestación económica por la Ley; estudio caso 4: Varón cuidador principal, que recibe apoyo de un centro de día para atender a un/a familiar; estudio de caso 5: Residencia pequeña y privada; Estudio de caso 6: Residencia grande y privada, de atención a personas mayores; Estudio de caso 7: Residencia pública y de atención a personas con diversidad funcional; Estudio de caso 8: Varón cuidador principal que atiende a tiempo completo a un familiar y con ayuda de la LAAD. En todos estos casos se pretende entrevistar al cuidador/a principal, a familiares, a la persona en situación de dependencia y a los profesionales (en caso de que los haya). Se ha considerado también interesante incluir estudios de caso atípicos (2 entrevistas por cada uno): asistencia personal y cooperativa de mayores.

Además de este material empírico, hemos también realizado el análisis de algunos manuales dirigidos al cuidado a cuidadores, por considerar que suponía un testimonio interesante de los modos como se están construyendo institucionalmente los problemas y dificultades a los que pueden abocar las prácticas de cuidados. Consideramos que estos documentos aportan una perspectiva complementaria en el estudio de las contradicciones y ambivalencias bajo las que se están realizando diversas prácticas de cuidados. Los manuales analizados que forman parte de nuestro corpus analítico son: “Guía para cuidadores” de la Fundación Matía, “Cuídate. Guía básica de autocuidado para personas cuidadoras” de Cruz Roja Española, Presentación “Cuidar al cuidador” de los Servicios Sociales de Villaverde, “Lo no verbal del programa Cuidar al cuidador” informe presentado por Mafre Quavita y equipo de profesionales del Ayuntamiento de Madrid, Acuerdo de 22 de septiembre del 2009 sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.

Para llevar a cabo el análisis de este material empírico, nos hemos basado fundamentalmente en la perspectiva de análisis crítico de discurso, particularmente aquella elaborada por autores como Fairclough (1995); Weis y Wodak (2008) etc., enfoque este que manifiesta una larga tradición en el análisis de la legislación. Para la primera fase, hemos prestado una particular atención a aquellos “a priori” que plantea la ley (y las pugnas por el sentido), así como los recursos retóricos con los que se construye un *sentido común* acerca de los cuidados, esto es, un modo de entender qué significa la dependencia, el cuidar, y quién es el sujeto natural de los cuidados. En la segunda fase, nos ha parecido fundamental identificar los procesos de negociación y enunciación de los intercambios emocionales y morales establecidos entre los diversos participantes en una relación de cuidados. Las cuestiones vinculadas con la definición y negociación de las bases morales de la microsociabilidad, y como estas pueden verse redefinidas con la participación de la LAAD, han jugado un papel central en nuestro trabajo analítico.

# RESULTADOS

## 7. GENEALOGIA DE LA LEY DE DEPENDENCIA: PRODUCCIÓN POLÍTICA MULTIVOCAL<sup>19</sup>

Para entender la forma que ha adoptado el texto de la LAAD sería necesario estudiar cómo se ha configurado ésta, atendiendo a su proceso de producción genealógica. Si bien un adecuado análisis genealógico nos remitiría a estudiar las primeras intervenciones políticas por parte de los poderes públicos y sucesivas expresiones de socialización del riesgo vinculado con la discapacidad por accidente de trabajo, enfermedad o vejez, incluso al estudio del modo como se configura históricamente el problema en términos de dependencia, sin embargo, las limitaciones en términos de espacio nos aboca a restringirnos a la última etapa de configuración de la ley. El texto que conforma la ley puede ser analizado como el resultado de un juego desequilibrado de fuerzas que pugnan por el sentido, que disputan por el establecimiento y naturalización de los principios legítimos de di-visión de la realidad y de adscripción de esencias y sustancias, disputas que Bourdieu caracterizaba como pugnas por el reconocimiento.

La plasmación de la ley es así el resultado de un conjunto complejo de tensiones y búsqueda de equilibrios y compromisos políticos entre diversos actores y de la proliferación de modos plurales de intervención política. Las batallas políticas pueden así entenderse como luchas de representaciones y clasificaciones entre actores que batallan por nombrar los problemas (Bourdieu, 1985). Estas “batallas de ideas”, en las que participan actores y voces múltiples, no se realizan en un espacio político neutro. La hegemonía de determinadas “voces” para modificar el ámbito de lo *nombrable* es el resultado de un frágil equilibrio de fuerzas asimétricas entre estos actores. Por tanto, los conceptos de dependencia y de cuidados, que los diversos grupos sociales en competición que participan en la formulación de esta política han contribuido a difundir, no sólo *nombran* (ubican una denominación en un marco de sentido, Lakoff, 2007) sino que pueden servir como recursos estratégicos en manos de diversos movimientos sociales para impulsar sus propuestas en la agenda política.

Por ello, para entender la forma específica que ha adquirido este documento, necesitamos estudiar la genealogía de conformación de esta. El estudio de estos procesos de configuración de la LAAD ha sido objeto de un trabajo de campo, consistente en la elaboración de 22 entrevistas a informantes clave. El papel que los diversos actores han jugado en la redacción definitiva del texto legislativo y en el modo como esta ley se está implementado depende no sólo de su margen de maniobra política, sino también de un conjunto de variables sociopolíticas y económicas. En la

---

<sup>19</sup> La redacción de este capítulo ha corrido a cargo de Alba Artiaga Leiras y Amparo Serrano Pascual.

hegemonía de determinados marcos de interpretación de la dependencia y del sujeto dependiente, y de comprensión de la autonomía, ha jugado un papel clave tres factores: la escasez de recursos económicos dirigidos a la puesta en marcha de esta ley, situación esta agudizada por coincidir su implementación con una etapa de fuerte recesión económica; el modelo institucional de reparto de poderes entre los diversos niveles geográficos y, sobre todo, la persistencia de un modelo ideológico en donde confluyen presiones morales (obligaciones contraídas con la sociedad y la familia), asunciones culturales (que dignifican, y, a un mismo tiempo, desvalorizan, los espacios vinculados con lo femenino: emocionalidad, informalidad, empatía) y la extensión radical de modelos mercantilizados de comprensión de lo social, que hacen del usuario un cliente. A esto se unen factores políticos (relaciones de fuerza) pero también factores casuales vinculados con la combinación de una serie de circunstancias que de forma fortuita coincidieron en un contexto espaciotemporal (por ejemplo, la presencia de determinadas personas en instituciones como el IMSERSO que jugaron un papel central en la producción de la ley)

Para llevar a cabo esta genealogía, podríamos diferenciar diversos actores que participan en la conformación de esta ley, pero sobre todo nos interesa explorar a partir de qué procedimientos determinadas voces pasan a ser hegemónicas. Padioleau (en Muller, 1990) distingue cuatro fases en la elaboración de una propuesta política; la emergencia de un problema; especificación del problema; difusión del problema entre la población; integración en el sistema formal de decisión política. Si las instituciones europeas han jugado un papel fundamental en la primera fase, en la segunda y tercera fase han participado actores muy diversos actualizándose un número importante de rituales y procedimientos de intervención, estando la última fase caracterizada por su discusión y elaboración en el parlamento. De este modo, Muller (1990) destaca cómo la transformación de un problema en un objeto de intervención política es siempre el producto de un trabajo específico realizado por diversos actores sociales. En este sentido, es importante analizar en este proceso de pugna simbólica entre diversos actores por hegemonía discursiva, los rituales y las lógicas que movilizan diversos actores sociales para que los actos de autoridad utilizados se conviertan en voces autorizadas.

Creemos que tres de los rituales más importantes en la configuración de la posición de diversas voces presentes en la ley vienen definidos por la preparación y publicación del Libro Blanco en el 2004 que sirvió como catalizador de una primera propuesta de proyecto de ley, los acuerdos interconfederales y otro tipo de consultas mantenidas con diversos órganos consultivos (2005) que permitieron integrar las enmiendas de diversos actores implicados en la ley en su el borrador de la LAAD y la discusión parlamentaria, redacción y publicación definitiva de la ley. En cada uno de estos estadios se movilizan recursos diversos, algunos más intangibles y, hasta cierto punto

imperceptibles, como son las voces de la UE y del proceso de europeización, y otros más formalizados, regulados por procedimientos claramente definidos y acordados, como son los acuerdos interconfederales entre los sindicatos y la patronal, el Parlamento u otras prácticas de promoción ritualizada de diálogos entre diversas voces sociales.

Sin poder ser exhaustivos, en las líneas siguientes vamos a centrarnos en el papel que dos de estos procesos, particularmente los dos primeros por su relevancia política, han tenido en la conformación de la ley, a fin de poder ubicar analíticamente la posición estratégica de cada uno de los actores o grupos de movimientos sociales, y así estudiar el texto como resultado de las pugnas semánticas entre actores con diversos márgenes de maniobra en la elaboración de la ley.

#### PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN POLÍTICA EN LA LAAD: LA PREPARACIÓN Y PUBLICACIÓN DEL LIBRO BLANCO

Se ha convertido en un proceder habitual en los modos de gobernanza actuales la redacción de un documento de “rendición de cuentas” antes de una importante decisión política, lo que supone una fase importante en los modos de legitimación de una serie de decisiones políticas. Este procedimiento de preparación de un Libro Blanco que precede a la elaboración de una propuesta política, es un ritual habitual que se están imponiendo como modo de abanderar una propuesta bajo un marco progresista. El Libro Blanco aparece así como un documento de promoción de diálogos entre diversos actores sociales y de una gobernanza participativa. Este documento, en el que participaron gran número de expertos, ha jugado un importante papel como catalizador del posterior proceso de toma de decisiones. El Libro Blanco se propuso como un documento de inspiración política a lo que sería el proyecto de ley de la futura LAAD. El Instituto de Mayores y de Servicios Sociales jugó un papel político importante, pasando así a ser un importante “political entrepreneur” (en términos de Krugman, 1994).

El formato de este tipo de documentos suele ser muy específico, ya que, al presentarse como un texto de reflexión y análisis acerca de la situación, los expertos y representantes sociales más relevantes van a jugar un papel fundamental en su diseño y redacción. De este modo, el formato de este documento suele adquirir la forma de una serie de informes científicos en donde se plantea un diagnóstico de la situación y, en función de este, se diseñan los objetivos más acuciantes. Estos Libros Blancos presentan dos características fundamentales, en primer lugar, el presentarse como una reflexión previa que articula los términos de la discusión sobre cuestiones de gran sensibilidad política, como el empleo, la educación, la energía, o la dependencia y en

segundo lugar, el hacer participar al mundo científico en su diseño, a fin de reforzar un retórica de neutralidad política<sup>20</sup>. De este modo, las fronteras entre procedimientos tecnocráticos y acción política se van haciendo cada vez más espurios (Weiss y Wodak, 2000).

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad y del IMSERSO<sup>21</sup>, publica en diciembre del 2004 el Libro Blanco sobre la Dependencia. Este informe es diseñado por un equipo técnico del IMSERSO junto con un amplio grupo de expertos. Por ello, en este texto aparecen recogidas particularmente las voces del IMSERSO<sup>22</sup>, organismo complejo dirigido a fomentar las políticas e intereses de las personas mayores. Tres características definen los modos de negociar *autoridad* por parte de los representantes del IMSERSO, la apelación a la participación de diversos expertos, muchos de ellos vinculados al IMSERSO, la presentación como un dia-logo(s) entre diversos actores y la evocación del “master symbol” en el que se ha convertido la UE. Estos tres recursos de legitimación se apoyan mutuamente en el Libro Blanco, ya que, muchos de los expertos que han participado en la redacción del Libro Blanco forman parte, a su vez, de comunidades epistémicas articuladas a nivel europeo, y recurren a importar del campo científico los criterios de legitimación científica que reclaman espacios de debate abierto y multivocal.

---

<sup>20</sup>“El objetivo de este trabajo no es otro que el de ofrecer al conjunto de Administraciones Públicas, a los agentes sociales, a los movimientos representativos de las personas mayores y de las personas con discapacidad, a la comunidad científica, a los proveedores de servicios y a la sociedad española entera, los elementos esenciales para poder desarrollar un debate con bases y fundamentos asentados en el rigor científico que desemboque en un deseable consenso general antes de llevar adelante la iniciativa legislativa que nos hemos propuesto” Presentación, p. 12, Libro Blanco, 2005.

<sup>21</sup> Ya antes de la publicación de este informe, a partir del año 2000, había habido una serie de movimientos dirigidos a la puesta en marcha de recursos políticos para hacer frente a esta crisis de los cuidados. Comienza como una propuesta de los actores políticos e interlocutores sociales, pero adoptó la forma de declaraciones de intenciones (por ej. en el Acuerdo para la mejora y desarrollo del sistema de protección social, en 2001 o en la ley 39/2006 de Renovación del Pacto de Toledo) que, sin embargo, abonan el campo para la elaboración de un sistema de protección para la dependencia.

<sup>22</sup> Esta institución nació como INSERSO (Instituto de servicios sociales) dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y dirigido fundamentalmente a los discapacitados, conceptualizados como “minusválidos”, y mayores, y el 1997, tras la llegada masiva de inmigrantes se transforma en IMSERSO (Instituto de las migraciones y servicios sociales) para pasar en el 2004 a ser el IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales). Dada su posición de órgano político del gobierno del PSOE en el momento de publicación del Libro Blanco, el IMSERSO mantiene una posición ambigua entre, por un lado, la apelación a un marco progresista que presenta esta política como un apuntalamiento a nuestro estado social, y por otro lado, como entidad gestora de los servicios sociales dirigidos a la tercera edad, la evocación de marcos gerontológicos.

Además del papel central jugado por el IMSERSO en el desarrollo previo de esta política, vemos también aparecer, de una forma más difusa, las voces vinculadas con el proyecto europeizador<sup>23</sup>. En la presentación del Libro Blanco hay recurrentes apelaciones a la UE<sup>24</sup>, ya que esta iniciativa se presenta como emblema de modernidad, referente este que significaba “atrapar” a la UE (baremo de modernidad). Esta apelación a la UE tiene una importante eficacia simbólica, ya que el significado de Europa no parece ser contestado. Europa se ha convertido en un importante “master symbol” (Turner, 1997), connotándose semióticamente bajo las acepciones de “civilización”, “modernización”. Equipararnos a Europa sería así avanzar en nuestro fallido proceso de modernización. Se responde así a anhelos existentes en el imaginario colectivo de la población española, como es el de “pertenecer a Europa” (Artiaga *et al*, 2009). La apelación a Europa constituye un importante recurso de autoridad en las luchas de voces entre diversos actores a fin de conseguir beneficio simbólico (Moreno y Serrano, 2007). Se concede así a las instituciones europeas una importante *autoridad lingüística*. El recurso a Europa dota, por tanto, a los actores que lo evocan de un importante beneficio simbólico.

En el Libro Blanco, la UE no aparece sólo como referencial hacia el que dirigirse, sino que hay una continúa alusión a la situación de diversos países en donde se han implementado ya algunas de las respuestas sociales que preparaba el ejecutivo, y que permitiría así servir como espejo y auto-reflexión. Esto ha permitido problematizar, tanto la situación dada por supuesta de reparto y distribución de las responsabilidades sociales hacia los cuidados, como la misma cuestión de la dependencia, que, tal vez, sin este referencial europeo, no habría sido objeto de reflexión política. En este sentido, la apelación a la UE<sup>25</sup> permite no sólo inducir un proceso de autorreflexión

---

<sup>23</sup> En el análisis de la orientación de las políticas públicas es necesario incluir, siguiendo a Surel (2000), el papel jugado por las coaliciones de actores y las instituciones y, particularmente, las formas de movilización e instrumentalización de marcos cognitivos y normativos por parte de los actores sociales implicados en la formalización de una política. De hecho, una dimensión importante y poco estudiada del proceso de europeización consiste en el uso estratégico, por parte de los actores, del recurso a Europa para legitimar sus posiciones y ganar hegemonía de sus voces (Serrano Pascual, 2005).

<sup>24</sup> “Este compromiso se asienta en la convicción de que España forme parte de un modelo social, como el europeo, en el que la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía se sitúe como una prioridad política ( ...) Para resolver este problema, que atañe a la dignidad de la vida humana, muchos países de nuestro entorno han dado ya pasos inequívocos. Y si los pioneros fueron los Países Escandinavos y Holanda, a lo largo de la década de los noventa se han producido iniciativas en el ámbito de la Europa continental, como Austria, Alemania, Francia, Luxemburgo..., mediante las que se establecen derechos sociales en el área de los cuidados de larga duración que han venido a configurar el llamado «cuarto pilar del Estado de Bienestar». Libro Blanco de la dependencia.

<sup>25</sup> Aunque las instituciones europeas no disponen de capacidad para obligar a los estados miembros a introducir las propuestas que se plantean en sus estrategias de lucha contra el desempleo o la exclusión social, sin embargo si mantienen una gran eficacia a la hora de



acerca de las evidencias culturales que sustentan el modelo político de género español sino que también otorga a los poderes públicos, y, en este caso, al partido político en el gobierno, legitimidad política. El así llamado “cuarto pilar del estado de bienestar” se presenta como la “pata” que faltaba a nuestro sistema social para equipararse al modelo social europeo (sin esa pata, la estructura se tambalea), y, por tanto, como fruto de un gobierno progresista y europeizador. La invocación de Europa hace que esta aparezca como juez y autoridad moral y como referente modernizador. En este sentido, el marco “progresista” bajo el que se presenta esta ley es reforzado con esta apelación a la UE.

Además de esta presencia intangible de las voces de las instituciones europeas en el Libro Blanco, también fueron centrales los papeles jugados por los técnicos del IMSERSO y expertos cercanos tanto a posturas de movimientos sociales de la tercera edad como de los actores sindicales. Así este libro permitió servir como elemento de análisis y reflexión para el desarrollo de una posterior iniciativa legislativa tras pasar por el procedimiento de concertación social, que permitió otorgar no sólo legitimidad científica, sino también social y política.

El recurso a expertos y representantes del mundo científico obedece a un proceso que se presenta, no sólo como modernizador, sino también como promotor de espacios de reflexión y debate. De hecho, la eficacia simbólica del lenguaje difundido por el IMSERSO procede, no sólo de la evocación del marco europeo, sino también de su apelación autorreferencial a la expertocracia y al mundo científico como instancias productoras de ideas y diseños políticos exclusivamente técnicos y, por ello, aparentemente neutros. Esta comunidad científica puede actuar como “policy brokers” esto es, mediadores con una posición privilegiada en la producción y difusión de marcos cognitivos y normativos (Muller, 1990; Surel, 2000). El uso, además, de indicadores estadísticos<sup>26</sup> a lo largo del documento permite reforzar esta autoridad científica.

---

difundir nociones articuladoras de debates políticos, jugando un importante papel en la orientación de la dirección del debate (papel socializador) e interviniendo así en la construcción de los términos empleados para designar los problemas que articulan la cuestión social, proponiendo así marcos comunes de referencia (Serrano Pascual, 2005; Martín Martín, 2009).

<sup>26</sup> En el Libro Blanco se detallan investigaciones que desarrollan las bases demográficas, el régimen jurídico, el apoyo informal, los recursos sociales, sanitarios y socio-sanitarios existentes, los recursos económicos, los criterios y técnicas de valoración de la dependencia, y un análisis de los modelos vigentes en algunos países de la UE y de la OCDE, etc. Por último, se elaboran una serie de propuestas que señalan los principales retos futuros del sistema de atención a la dependencia. Además, se acompaña de indicadores estadísticos como instrumentos de medida de las dimensiones del problema y muestra de la fiabilidad de las medidas propuestas.

## ARTICULACIÓN DE UN ORDEN DELIBERATIVO ENTRE DIVERSAS VOCES QUE PUGNAN POR EL SENTIDO

Tras la publicación del libro Blanco, se produjo un interesante estado reflexivo y orden deliberativo a través de diversas tecnologías formales (órganos consultivos e instituciones de interlocución y diálogo con el gobierno: acuerdos sociales y diálogo social; consejo Estatal) e informales (inducción de diálogos entre políticas).

Aunque la estructuración del análisis por fases pueda resultar inexacto, ya que gran parte de los procedimientos que estamos planteando actúan de forma transversal a lo largo de todo el proceso de nacimiento de la ley, sin embargo, consideramos que esta segunda fase, previa a la elaboración de un proyecto de ley y posterior a la publicación del Libro Blanco, presentó un carácter particularmente relevante, ya que se caracteriza, por un lado, por la multiplicación de actores sociales de muy diversa índole (grupos sociales de mayores, de discapacitados, actores sindicales y patronales, científicos y movimientos de mujeres, entidades gubernamentales, ONGs) que muestran un interés por participar en el diseño de esta política y, por otro, por una interesante promoción de un orden deliberativo a partir de la producción de espacios institucionales o informales de deliberación mutua y de diálogo y pugna entre diversos puntos de vista. A lo largo de esta fase, además de las negociaciones entre actores sociales que propician instituciones formales de interlocución y diálogo con el gobierno, se promovió también la producción informal de experiencias de intercambio de perspectivas. Un ejemplo interesante de estos procesos de internormatividad deliberativa es el espacio de debate e intervención que se organizó entre algunos movimientos sociales de mujeres y de personas con diversidad funcional (discapacitados), y que constituyó una importante experiencia de inducción de un estado “reflexivo”<sup>27</sup> sobre la vulnerabilidad y los cuidados, la normativización de los cuerpos, la autonomía y la independencia, y otras tantas cuestiones.

Actores sociales, como los sindicatos y patronal, y otras organizaciones sociales, han jugado un papel importante en la elaboración del proyecto de ley a través de diversos mecanismos (diálogo social, acuerdos entre gobierno sindicatos y patronal<sup>28</sup>, Consejos Estatales) que presentan una naturaleza diferente a los procedimientos promovidos por la preparación del Libro Blanco. La participación en estas estructuras institucionales de interlocución con el Gobierno ha facilitado la hegemonía de estas

---

<sup>27</sup> Resultado de estas conversaciones y debates, es el libro: Agencia de Asuntos Precarios “Todas a Zien” y Foro de Vida Independiente (2011) Cojos y precarias haciendo vidas que importan. Cuaderno sobre una alianza imprescindible. Traficantes de Sueños, Madrid.

<sup>28</sup> Por ej. el Acuerdo sobre Competitividad, Empleo Estable y Cohesión social firmado con CCOO, UGT, CEOE y CEPYME en julio del 2004- o el Acuerdo sobre la Acción Protectora de la Atención a las Situaciones de Dependencia, en el 2005.

voces, de modo que los acuerdos que surgen de estos encuentros, y en concreto el Acuerdo de 2005<sup>29</sup>, son decisivos en la elaboración del contenido de la política y de los marcos normativos del proyecto de Ley. Además, a través de estos mecanismos también se asientan cauces de participación institucional permanente y de legitimación de las propuestas de los interlocutores sociales en el devenir de la política, como es el establecimiento de un Comité Consultivo.

La ley sirvió además de revulsivo para amalgamar los intereses de las asociaciones patronales<sup>30</sup>, particularmente interesadas en participar en esta ley que tanta importancia tiene para el sector empresarial. La mayor parte de los servicios que pone en marcha la ley, pertenece a un sector tradicionalmente privatizado, ya que muchas de las necesidades vinculadas con estos servicios se satisfacen con mecanismos de mercado (residencias, ayuda a domicilio, centros de día, etc.). De este modo, las asociaciones patronales participaron en esta conformación de la ley a través no solo de estos canales institucionales de diálogo social sino también mediante la participación en otros espacios de influencia política e ideológica.

A su vez, en la concepción de qué significa la dependencia y qué es susceptible de problematización ha sido particularmente destacable la participación de otros actores sociales como organizaciones de personas mayores<sup>31</sup>, de personas con diversidad

---

<sup>29</sup> En el Acuerdo de 2005 sobre la Acción Protectora de la Atención a las Situaciones de Dependencia, se ratifican muchas de las asunciones del Libro Blanco con respecto a los tipos de servicios, los principios y objetivos, el modelo mixto de servicios y prestaciones económicas, la participación de entidades públicas y privadas en la gestión, los programas de formación para cuidadoras/es, la cotización a la seguridad social de las personas cuidadoras en el entorno familiar, el copago, etc.

<sup>30</sup> *Las patronales estaban muy desestructuradas y muy peleadas entre sí (...) Y entonces organizan AESTE como foro de discusión, debate, lobby, patronal, etc. (...) Bueno, AESTE lo que hacemos, somos miembros de la junta directiva de la CEOE y hemos participado tanto antes de la Ley por la experiencia tanto nacional como internacional de las compañías, con las administraciones a nivel central, autonómico y local, dándoles nuestra opinión (...) tanto en foros políticos, como en cualquier entidad, universidad, de investigación que estaba planteando cómo organizar esto.* (Representante de AESTE).

<sup>31</sup> Organizaciones como la UDP (Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España) han intervenido a través de diversos mecanismos, jugando un papel central en la definición del referencial de la LAAD. La UDP es una Confederación de asociaciones de mayores, que surge en 1977 y cuenta con 2.300 asociaciones tanto a nivel nacional como a nivel internacional.

*UDP aportó a través de ahí, a través de nuestra organización y a través del Consejo Estatal. Fueron por tres sitios distintos. Y no solamente eso, sino que también a través de nuestros congresos y de nuestras asambleas generales (...). En un 80% de todo aquello que planteábamos se han acogido y están en la Ley* (Representante de UDP).

*Y si tú revisas el Plan Gerontológico Nacional de 1991-1992, creo que es, que se hizo estando Matilde Fernández como ministra, ahí está en ciernes, clarísimamente, lo que va a ser la futura política* (Experto en dependencia y políticas sociales, participa en el Libro Blanco).

funcional (o con discapacidad) a través de órganos consultivos como el Consejo Estatal de personas mayores y el Consejo Estatal de personas con discapacidad, o a través de asociaciones de la tercera edad, como CEOMA<sup>32</sup> o UDP. La hegemonía simbólica que adquieren las voces de los grupos sociales de mayores apenas era contestada en las primeras fases de la elaboración de la ley. En periodos posteriores se incorporan actores como el CERMI, entidad que aglutina a una gran mayoría de organizaciones de gente con diversidad funcional, que consigue intervenir en algunos aspectos de la ley, como en la cuestión de la autonomía personal, pero cuyo margen de maniobra es bastante más reducido ya que los términos del debate estaban ya firmemente establecidos<sup>33</sup>.

Además de las estructuras de oportunidad política institucionalizadas y vías formales de participación, diversos actores han recurrido a mecanismos informales de presión política para hacer representar sus intereses (reuniones privadas con actores claves elaboración de informes de investigación-opinión, participación en medios divulgativos como publicaciones, medios de comunicación, congresos, jornadas, etc.)<sup>34</sup> Algunos de estos actores (Fundaciones u otras entidades y organizaciones, o individuos que pertenecen a comunidades epistémicas nacionales e internacionales) se sitúan como voces particularmente autorizadas, a través de la legitimidad que les otorga el ser consultados por el Gobierno<sup>35</sup>.

---

*Se venía trabajando ya tiempo, un poco, en el tema de dependientes, centrado básicamente en mayores. Eso es importante, porque luego, la Ley cambió a lo largo de su elaboración (Asesor de calidad e I+D+I de la Ley de Dependencia, participa en el Libro Blanco)*

<sup>32</sup> CEOMA es la Confederación Estatal de Organizaciones de Mayores. Es una Organización de carácter confederativo e intersectorial y de ámbito nacional, constituida para la defensa de los intereses de los mayores. Forman parte de esta unas 40 asociaciones y surge en el año 2000.

<sup>33</sup> *Esta mucho más centrada en personas mayores y se ve a lo largo de toda la Ley. Los servicios están pensados para personas mayores... Es decir, nosotros conseguimos entrar y seguimos pensando que fue bueno a pesar de que la Ley está como está porque si la tenemos la podemos modificar. (...) Digo lo que nos dejaron porque cuando al final conseguimos que nos hicieran un poco de caso (Representante del CERMI).*

<sup>34</sup> *Tus representantes oficiales (que se definen así) no te cogen el teléfono ni te reciben, pero los diputados del congreso sí, una cosa muy curiosa. Y todo esto lo fuimos aprendiendo así sobre la marcha, y de hecho, nos reunimos con ellos y (...) Lo que conseguimos fue que nos llamaran como comparecientes a la Ley (...) Entonces nosotros nos presentamos allí con nuestro Power Point y con nuestras historias (...)* (Representante del Foro de Vida Independiente).

<sup>35</sup> *Pues fue un proyecto (el informe de estado de implantación de la Ley)...Fue iniciativa propia de la Fundación (ALARES). De hecho, finalmente no contó con financiación externa de ningún tipo, ni nada. Entonces sí que fue una cosa, pues eso, de cara a la vocación de la Fundación (Representante de la Fundación ALARES)*

Al contrario que las organizaciones de mayores e interlocutores sociales, otros actores sociales como los movimientos de mujeres o de cuidadores, no han estado representados en órganos consultivos que se establecieron para la negociación de la ley. Esto se ha debido en gran medida a la hegemonía política de otros movimientos sociales, pero también como resultado de la vulnerabilidad política de las mujeres cuidadoras y de su frágil representación en organizaciones colectivas. En este sentido, la escasa presencia de una perspectiva de género es el resultado de una confluencia de factores interdependientes: la hegemonía de un marco gerontológico que impedía hacer de esta iniciativa un espacio de lucha política por parte de los movimientos de mujeres, la fragilización y aislamiento político de los cuidadores, la diversidad de posiciones en el seno mismo de los movimientos de mujeres, la priorización de la movilización social frente a la intervención institucional, etc. Esto no quiere decir que sus voces no hayan estado presentes en la elaboración de la ley, pero su participación en las distintas esferas institucionales se ha realizado a través de canales informales<sup>36</sup>, lo que ha facilitado, por ejemplo, la inclusión de la cuestión de la situación de las/os cuidadoras/es familiares en la formulación de la ley y en los textos previos. Los canales informales usados por diversos grupos para acceder a los círculos de decisión política incluyen también el recurso a la acción colectiva para representar sus intereses, como en el caso de algunas organizaciones de mujeres<sup>37</sup> como la Asamblea Feminista de Madrid o del Foro de Vida Independiente (FVI).

---

*Pero bueno, llevaba, pues eso, yo creo que demasiado tiempo en administración. INGEMA es un instituto de investigación gerontológica con el que tenía relación desde hace mucho tiempo porque pertenece a una fundación, en el País Vasco, que siempre ha sido como muy puntera, por decirlo así, tanto en el modelo de atención como después en la creación de un instituto de investigación (...) (Experta en vejez y cuidados en el entorno familiar y Técnica del IMSERSO, participa en el Libro Blanco).*

<sup>36</sup> *El movimiento feminista, a excepción del lobby feminista, ha estado, en mi opinión, fuera de este debate (Ex-responsable del IMSERSO).*

*Trabajaban en el IMSERSO, pero no eran funcionarias típicas, eran funcionarias intelectuales, que se dedicaban a escribir, a estudiar, a publicar, participaban en sociedades científicas, por tanto ellas eran funcionarias sui generis. Por tanto ellas eran las que desde la perspectiva de género empujaron la necesidad de la ley, desde la perspectiva de género (Experto en dependencia y políticas sociales, participante en el Libro Blanco).*

*Porque en el Libro Blanco yo sí percibo un poco la huella de todas estas (...) estas mujeres que han trabajado mucho, mucho dentro de Servicios Sociales, que en el Libro Blanco está siempre diciendo que es insostenible la situación de las cuidadoras familiares (Fundadora del Consejo de la Mujer de CCOO y representante del Forum de Política Feminista).*

<sup>37</sup> *Sí, con, bueno, con otros colectivos de mujeres (...) hicimos unas jornadas sobre cuidados. Hicimos, bueno, hicimos varias actividades (...) Creímos que era una oportunidad política para incidir con nuestro discurso (...) empezamos a hacer "cositas" ya más de cara afuera. Hicimos varias charlas, sacamos el tema en las "manis" del 8 de marzo y alguna cosa más así ¿sabes? Pero, así, más de sensibilización y difusión del discurso (Representante de la Asamblea Feminista de Madrid).*

Finalmente, en enero de 2006 se elabora el Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Tras el Dictamen del Consejo Económico y Social y del Consejo del Estado, se presenta en el parlamento y el 14 de diciembre de 2006 se aprueba la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

## 8. ANALISIS DE LA LEY DE DEPENDENCIA<sup>38</sup>

El texto definitivo de la LAAD es el resultado de un complejo proceso en el que intervienen diversos actores y procedimientos, tal y como hemos visto en el capítulo anterior. Esta ley puede inducir una lectura politizada de cuestiones (el deber de cuidar, el derecho a ser cuidado, la definición del “buen cuidador”, etc.) que han sido, y todavía son, reguladas por lógicas y principios morales, y, por tanto, remitidas al ámbito de la gestión privada y/o familiar. Los cuidados aparecen así contruidos como un problema político, y, por tanto, responsabilidad del estado como representante metonímico (sinécdoque) de la colectividad. Deja de ser tratado como un exclusivo asunto familiar para entenderse también como una cuestión colectiva. La responsabilidad frente a esta cuestión, que ha sido regulada en el horizonte moral de la familia, es construida como un problema compartido por el (y que atañe al) conjunto de la sociedad. Esta situación podría facilitar la deconstrucción de la familia como exclusiva entidad responsable, al invocarse el papel que juega el conjunto de la sociedad.

Es este marco analítico el que ha orientado esta reflexión, que se articula en tres fases. En un primer momento, se plantea un breve análisis del potencial *herético* de la ley, dirigido fundamentalmente a estudiar qué cambios epistémicos en torno a la cuestión de los cuidados podría integrar la ley (1). En un segundo momento, se desarrolla un análisis de los marcos de comprensión de los cuidados que plantea la ley y que recoge las voces de diversos actores que, individual y/o colectivamente, han participado en su definición. Hemos organizado el análisis de la LAAD en torno a tres cuestiones que resumen los ejes que articulan el modo de construirse los cuidados por parte de la ley (2). Para ello, nos basamos en el análisis de la LAAD y de su regulación, apoyándonos, como ya hemos comentado, en el trabajo de campo realizado a 22 actores clave<sup>39</sup>, llevado a cabo a lo largo de 2011. Concluimos este informe con algunas breves reflexiones críticas sobre el alcance de esta medida a pesar de su gran potencial emancipador, no sólo por su capacidad de responder a la condición de vulnerabilidad de gran número de sujetos en situación de dependencia, sino también por su capacidad potencial de “desordenar” semánticamente las asunciones de género que conforman las relaciones políticas asimétricas entre los sexos (3).

---

<sup>38</sup> La redacción de este capítulo ha corrido a cargo de Alba Artiaga Leiras y Amparo Serrano Pascual

<sup>39</sup> Para este análisis, hemos seleccionado a 22 personas por su representatividad en la formulación y el desarrollo de la LAAD, así como por su diversidad. Los actores seleccionados, tal y como especificamos en un apartado anterior, han sido organizaciones sindicales y patronales, organizaciones de mayores y de personas con diversidad funcional, organizaciones de mujeres, representantes del IMSERSO, representantes del mundo académico y expertos/as en envejecimiento, protección social y cuidados en el entorno familiar, que han participado en la elaboración del Libro Blanco.

La LAAD supuso un avance importante en la politización de una cuestión, connatural en el ser humano, como es la interdependencia, que, en determinadas fases de la vida de la persona, se expresa de forma más ineludible (Martín Palomo, 2010). Por su capacidad potencial de replantear algunas de las cuestiones nucleares que han regulado la construcción sexuada de los cuidados, esta ley podría estimular una nueva aporía e inducir la capacidad de una sociedad de pensarse a sí misma. De las muchas que podríamos plantear, tres cuestiones nos parecen particularmente importantes por su carácter transgresor, esto es, susceptible de “someter a disputa” nociones dadas por supuesto que contribuían a reproducir el orden político vinculado al género:

- a) una posible desfamiliarización y un replanteamiento político de la distribución de las responsabilidades sociales frente a los cuidados entre los diversos actores sociales (familia, individuo, estado, mercado, etc.) y del papel de la familia (mujeres) como único factor de solidaridad y de bienestar social;
- b) la capacidad de poder revalorizar<sup>41</sup> actividades que, a pesar de su complejidad e intensidad, apenas han sido visibles y/o reconocidas socialmente;
- c) y una reinención del (sexo del) trabajo (Hirata y Zariffia, 2007) (y las di-visiones semánticas planteadas entre el trabajo productivo y el doméstico) tras el cuestionamiento de su contenido simbólico.

En primer lugar, la LAAD puede inducir una politización de la dependencia vinculada al envejecimiento o/y discapacidad y, con esta, una socialización de las obligaciones morales (Rodríguez Cabrero, 2007). La satisfacción de las necesidades que plantean estas situaciones de dependencia deja de estar regulada únicamente por el contrato moral que toda mujer contrae con la sociedad, y se promueve un modo de discutir y pensar esta situación en términos colectivos y políticos.

La configuración de la dependencia como objeto de específica regulación jurídica implica un cambio de perspectiva. Conduce a la definición de nuevas funciones que

---

<sup>40</sup> Puede encontrarse un resumen y elaboración de las principales conclusiones desarrolladas en este capítulo en Serrano, Artiaga y Dávila (2013), *Crisis de los cuidados, ley de dependencia y confusión semántica*, vol. 71, nº 3, (pp. 669-694), trabajo que fue realizado en el marco de este proyecto.

<sup>41</sup> Por revalorización estamos planteando la capacidad política para hacer que determinados fenómenos sociales sean no sólo conocidos sino re-conocidos, es decir, tal y como plantea Bourdieu, asignados el valor que socialmente se atribuye a las di-visiones bajo las que organizamos nuestra realidad.



debe cumplir el Estado. Aún a pesar de los tímidos recursos que esta ley ha puesto a disposición de la sociedad para su implementación, la mera redacción de una ley como esta podría plantear una posible revisión de un acto de adhesión dóxica. Las demandas sociales que se promueven tras la acentuación de la moral del “sujeto activo” en todo el colectivo social, la mayor presencia política de los colectivos de mayores y de discapacitados, la europeización de la cuestión social, las condiciones de precarización laboral que, junto con la conciencia política de la importancia de la autonomía económica, propician la incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo, etc. adquieren una naturaleza contradictoria. Estas contradicciones sociales están siendo interpretadas y vivenciadas por parte de la población como ambivalencias personales que deben ser resueltas en el seno de la familia, de modo que los sujetos tendrían que buscar respuestas a esta situación de forma individual a través de las estrategias así llamadas de “conciliación<sup>42</sup>”. Esta despolitización de la vulnerabilidad vinculada a la edad o discapacidad puede verse impugnada con la proclamación de iniciativas como la LAAD. En la redacción de esta ley, se visibiliza el papel del Estado (como representación de lo colectivo) en la búsqueda de una solución a esta crisis de los cuidados, lo que podría inducir que esta cuestión dejara de ser debatida únicamente como un dilema familiar (y personal de las mujeres). Por ello, esta ley presenta el potencial de politizar una cuestión que ha sido hasta ahora resuelta a través del famoso discurso individualizador y responsabilizante de la conciliación.

Otra de las cuestiones centrales que puede inducir la ley es la revisión de los criterios de valoración de las actividades vinculadas a los cuidados que, al ser posible objeto de una remuneración, no sólo permite hacerse más explícito el carácter contractual (frente al natural) de ejercicio de estas tareas, y, por tanto, intrínsecamente voluntario, sino que también posibilita traducir estas actividades a un lenguaje visibilizador que otorga valor a estas actividades, su equivalente monetario en el mercado. Podría así permitir valorar habilidades diferentes a las asociadas al imaginario masculino, como es la inteligencia emocional, pudiendo así crear nuevos modos de clasificación social (Illouz, 2010). Esta ley plantea que estas actividades reclaman recursos y, por ello, tanto si la respuesta se busca en el mercado como en los servicios públicos o la familia, esta situación requiere una inversión social.

Se explicita, por tanto, su equivalente en dinero, que es el principal criterio de adscripción de valor en nuestras sociedades occidentales. Esto está produciendo un curioso proceso político, que se ha traducido en un número importante de iniciativas tanto de los poderes públicos como de actores privados, patronal y sindicatos, acerca

---

<sup>42</sup> La noción de conciliación presupone la presencia previa de un conflicto que habría que resolver. Esto explica que los espacios semánticos en los que se usa esta noción sean el derecho (asociado a un contrato voluntario), la religión (tras el perdón otorgado por Dios tras una infracción moral), y en el ámbito de la familia.

de la necesidad de profesionalizar los cuidados. Independientemente del carácter desvalorizador de los cuidados informales que plantea este discurso acerca de la profesionalización y catalogación de los cuidados, este movimiento hacia la profesionalización de los cuidados está también promoviendo su visibilización y reconocimiento. Un ejemplo es el proceso de acreditación de las competencias vinculadas al ejercicio de los cuidados inducido por esta orientación hacia la profesionalización de los cuidados (Real Decreto 1379/2008, en donde se definen los Certificados de Profesionalidad). La misma noción de profesionalización es digna de interés, ya que tras esta noción se plantea, no sólo la formalización de las habilidades y destrezas vinculadas al ejercicio de estas tareas, sino también su traducción en el espacio mercantil. La “invención” de los cuidados como categoría profesional ha fomentado un ritual dirigido a la observación minuciosa de las destrezas que estas tareas generan, su descomposición en habilidades, facilitando su codificación y regulación. La activación de este ritual de institución permite asignar esencias y propiedades a determinados tipos de actividades, y posibilita el reconocimiento de un rito de paso por el que las actividades entran en un nuevo campo semántico. La certificación permite así la afirmación ritual de una delimitación entre dos modos de percibir y asignar significado y valor a las actividades. En un momento en el que sólo lo que es posible traducir en números es objeto de valor, este proceso de cuantificación de las destrezas vinculadas a los cuidados puede tener importantes repercusiones en su visibilización y valoración. Es más, la presencia de un certificado que acredita socialmente la disposición de una serie de competencias que cualifican para el ejercicio de los cuidados cuestiona una concepción esencializante según la cual el ejercicio de estas tareas reclamaría la movilización de destrezas naturalmente (biológicamente) concedidas a las mujeres.

Una tercera dimensión de la ley que podría impugnar algunos de los principios que articulan el contrato entre los géneros es la mercantilización de los cuidados. El hecho de recibir una subvención o paga por el ejercicio de las tareas vinculadas a la dependencia podría poner en cuestión la dicotomía jerárquica semántica y política establecida entre el trabajo (como actividad inserta en el mercado) y los cuidados (vinculada a los afectos). En torno a esta dicotomía se articulan los criterios de dignificación y de atribución de poder entre los sexos.

Sin poder entrar en detalle en otras cuestiones que suscita la ley, análisis que ya han sido emprendido en interesantes trabajos anteriores (Marbán, 2012; Rodríguez Cabrero, 2007; 2010; 2011; Rogero, 2010; etc.), queríamos centrarnos más bien en el modo de entender la dependencia, el sujeto de cuidados y el contenido legítimo de la actividad de cuidar, concepciones estas que, desde nuestro punto de vista, están restringiendo, en gran medida, este potencial emancipador y transgresor que en principio podría ejercer la ley.

En torno a la noción de dependencia y de cuidados se van a movilizar gran número de actores que ven en esta definición no sólo los espacios legítimos de intervención, sino también una definición del orden normativo que organiza las responsabilidades y su distribución entre los diversos actores sociales. De este modo, las acepciones de las nociones de dependencia, de sujeto de cuidados y del hecho de cuidar, incorporadas en la ley, están íntimamente vinculadas, y son, en gran medida, resultado de estas luchas semánticas entre diversos actores sociales.

---

*Las doxas que induce la ley: la noción de dependencia*

En primer lugar, esta ley plantea una representación principalmente física de la dependencia, que evoca un marco gerontológico y médico (Díaz Velázquez, 2010), y que, por tanto, reclama como espacio natural de expresión, el ámbito privado e íntimo del hogar (o centros que reproducen las condiciones del hogar).

*“Se entiende como dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”*

*Autonomía: “capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”... (LAAD, art. 2, BOE, 14.12.2006)*

La atención será así entendida en términos médico-sanitarios, y dentro de este modelo médico (paradigma rehabilitador<sup>43</sup>), se prioriza la rehabilitación funcional (Díaz

---

<sup>43</sup> Aunque la lógica es médica, sin embargo, tal y como señala Rodríguez Cabrero (2007), la posición del sistema sanitario, por razones muy diversas (necesidad de marcar diferencias entre identidades profesionales, evitar la extensión de la lógica sanitaria de la gratuidad en los servicios sociales, etc.), es definida en la ley de forma débil e imprecisa.

Velázquez, 2010). La satisfacción de estas necesidades es entendida como un ejercicio de promoción del autoabastecimiento. En este sentido, es una representación privada que hace al espacio familiar (el hogar) el ámbito lógico y natural para su desempeño.

Esta representación de la dependencia se vincula fundamentalmente con el cuidado del cuerpo (y de sus necesidades) y refuerza una concepción que hace a la familia y al “hogar” el espacio más adecuado para una intervención que reclama traspasar el dominio protegido de la intimidad (etimológicamente, el superlativo de “interior”). El espacio íntimo es construido en nuestras sociedades como un ámbito de preservación del sujeto frente a la sociedad, allí donde lo público (entendido como lo ajeno) no puede penetrar. Es un área protegida de la intromisión de la mirada ajena (espacio desligado de la existencia pública) a través de diversos mecanismos de regulación, unos de carácter más político, como es la garantía mediante leyes que preservan el derecho a la protección contra la invasión a la intimidad y a la privacidad, y otros de naturaleza más moral, como es la inducción del sentimiento de pudor, entendido como salvaguarda y orden regulado de las miradas. La invasión de este espacio puede ser, por tanto, vivenciado como un ejercicio de violencia y de humillación. Estos mecanismos de regulación del espacio íntimo socialmente producidos contribuyen a la familiarización de los cuidados ya que los miembros de la misma familia (ceranos a este espacio socialmente construido como “interior”) presentan mayor “autoridad” para traspasar de forma legítima este espacio de privacidad e intimidad. Esta ley desarrolla, por tanto, una perspectiva individualizadora en donde el espacio de autonomía a promover sigue siendo el de la esfera privada e íntima, desvinculada de la pública.

Sin embargo, y por otro lado, esta representación médica de los cuidados podría facilitar una revisión de la institucionalización de los espacios de silencio político al que hemos abocado a los cuerpos, al promoverse una representación de estos como espacio de intervención médica de profesionales ajenos al hogar. Podría también hacer más visible y pública la vulnerabilidad que caracteriza a todo sujeto, vinculado a un cuerpo silenciado, pero que cuando se expresa de forma ineludible, manifiesta la naturaleza del cuerpo sufriente, sometido a la temporalidad, al dolor y a la muerte. Esta concepción podría facilitar el cuestionamiento de las representaciones del sujeto como un ente cerrado, acabado, cuyo cuerpo desaparece, y en donde su presencia sólo se manifiesta, de forma patente, cuando este se quiebra (dolor, fatiga, lesiones, etc.). Este cuerpo dependiente es un cuerpo que habla, que cuestiona esta visión holista y plantea la naturaleza vulnerable del sujeto y su carácter abierto e inacabado (e interdependiente). Esta intervención en el cuerpo, a través de la proliferación de trasplantes, de implantes, sometido a una disección ingenieril, sitúa a estos cuerpos en una permanente exposición pública (Nancy, 2006) El cuerpo pasa así de ser un contenedor a estar permanentemente reconstruido, intervenido, fragmentado. Esta

intimidad expuesta permite mostrar el carácter indefinido del cuerpo, en donde está presente la ajenidad (Vásquez, 2012; Nancy, 2006). Esta redefinición del cuerpo podría servir para cuestionar el referente ontológico de la modernidad, que hace al individuo un ser autónomo, cerrado y auto-contenido. Sin embargo, este cuerpo que habla es un cuerpo también relegado al silencio, a través de la movilización de mecanismos de interacción de diversa índole, como es la infantilización, o la despersonalización y cosificación de las personas expuestas, la producción política de entidades incompletas, o la imposición de cortinas que limitan la exposición de los cuerpos.

El ejercicio de autonomía, entendido como el gobierno de las actividades básicas de la propia persona, es construido como una condición de dignificación y de legitimación pública. El uso permanente en la ley de términos como “capacidad de controlar”, “afrontar”, “propia iniciativa”, “decisiones personales” permite activar un marco individualizador que hace de la autonomía no sólo un objetivo sino también un deber moral de todo sujeto que se precie como tal. La autonomía, entendida como independencia y posesión de recursos materiales, deviene un modelo de normalidad, obviando la naturaleza vulnerable que caracteriza a todo ser humano (Martín Palomo, 2010).

En la noción gerontológica y médica que se mantiene en la ley de lo que significa la dependencia, estructurada por niveles o estatus de pérdida de autonomía física, ha jugado un papel fundamental la definición de partida que ha planteado el IMSERSO, en ese tándem con el que se ha asociado al discurso de la Unión Europea (UE)<sup>44</sup>. Por ello, la hegemonía de esta concepción médica puede ser el resultado de una dependencia de la senda institucional (*path dependency*), y concretamente de las inercias planteadas por intervenciones anteriores de la que la LAAD es heredera<sup>45</sup> (Rodríguez Cabrero, 2011; Marbán, 2012), pero también ha jugado un papel central la importante

---

<sup>44</sup> *Se tomó de la Unión Europea. La definición de dependencia aparece en la ley. Lo que ocurre que en principio la idea era meter sólo a personas mayores, o de ahí surgió. Es decir, cuando se ha hablado de dependencia, es decir, hoy ya nadie cuestiona qué es dependencia en España, pero entonces, cuando se hablaba de ley de dependencia estaba encuadrada y contextualizada en personas mayores (Representante 2 del IMSERSO).*

*Las personas que tienen dependencia son aquellas que no son capaces de hacer las actividades básicas de la vida diaria y necesitan una persona para hacer las actividades básicas de la vida diaria. Estamos hablando de personas que no pueden comer, no pueden beber, no pueden asearse, no son capaces de orientarse. Esas son las personas que atendemos (Representante 3 del IMSERSO).*

<sup>45</sup> *En España, el marco de referencia era el plan gerontológico que tenía pocos años de vigencia del 91, y en el 96, se aprueba el Plan de Acción para personas con discapacidad, con unos marcos de referencia más genérico, pero que ya de alguna manera se contemplaba el tema de la dependencia. En este contexto, empieza a trabajarse en el IMSERSO en estructurar un nuevo marco normativo específico en materia de dependencia (Representante 1 del IMSERSO).*

participación en la elaboración de la ley de las voces de actores como el IMSERSO y otros colectivos de mayores.

La dependencia pasa así a vincularse a la ausencia de salud que incapacita la autonomía para satisfacer sus necesidades básicas y, por tanto, es asociada a asistencia socio-sanitaria, siendo la categoría básica referencial de este programa la así llamada “tercera edad”. Esta concepción hegemónica explica que las competencias administrativas en la aplicación de la ley a nivel estatal hayan sido transferidas del Ministerio de Trabajo al de Sanidad.

La definición de partida de la dependencia se caracteriza, por tanto, por tres rasgos: su naturaleza unidimensional (pérdida de autonomía física o intelectual), su emplazamiento semántico en el espacio de la privacidad e intimidad (y, por tanto, desmembrado del espacio político) y su carácter escalar (graduación de niveles o estatus), que orienta una representación individualizadora y despolitizante en la discusión de este problema. Este estado es construido de forma administrativa (y parcialmente médica, en función de un dictamen clínico), a partir del desarrollo de instituciones destinadas a medir y controlar la dependencia. Así, la dependencia va a ser objeto de un pormenorizado recuento estadístico y de una detallada clasificación de sus diversos niveles y grados. La distancia a una norma de autonomía va a configurar los nuevos criterios de clasificación de los demandantes de ayuda (capítulo III del título I de la LAAD).

Esta noción de dependencia podría suscitar el cuestionamiento del referente epistemológico de la modernidad (el yo autosuficiente), que hace a los sujetos propietarios de sus cuerpos y plantea una visión ambivalente, como es la que se mantiene en el derecho moderno acerca de la responsabilidad, entre ser autor y ser actor del comportamiento. García Ruiz (2011) plantea que si bien el propietario de las acciones es aquel que las autoriza, el establecimiento de criterios de cuantificación de la “propiedad” corporal podría inducir una fractura en la constitución del yo y una revisión de la trascendencia del ego. Sin embargo, su relegación a un ámbito de recomposición reparadora (*la rehabilitación del yo*) impide esta impugnación política del sujeto, circunscribiéndolo al ámbito de la intervención médico-rehabilitadora.

El concepto de dependencia que se propone es, por tanto, una noción cuantificable, en la que se establecen niveles o estatus (dependencia moderada, severa y gran dependencia) articulados jerárquicamente según su distancia a la norma de autonomía. Estos estatus son objeto de una minuciosa medición y regulación estadística, contribuyéndose así a la producción de nuevas categorías estadísticas según la distancia a la autonomía física. Cada estatus es reducido a un grado suficiente de homogeneidad para ser codificado bajo indicadores estadísticos que miden la capacidad de funcionamiento autónomo (capacidad de comer y beber, regulación de la

micción y de la auto-higiene, desplazamiento autónomo, etc.). Esta percepción cuantitativista de lo que significa la dependencia puede haberse agudizado por la ausencia de recursos económicos e institucionales con los que se ha acompañado a la ley, que posibilita restringir el acceso administrativo a algunas personas en situación de dependencia, y que se traduce en una jerarquía de prioridades políticas. De este modo, la ley aparece como activa aunque sólo un sector, calificado como de gran dependencia, pueda acceder a esta intervención social. Esta situación se ve agudizada tras los recortes propuestos recientemente (Moratoria del Consejo de Ministros en 2012, para que se aplaze la concesión a enero de 2013 de ayuda a los dependientes moderados que deberían haber entrado en el sistema de ayuda)<sup>46</sup>. Esta acepción médico gerontológica hegemónica que induce una visión individualizadora y privatizante de lo que significa la dependencia es contestada por otros grupos sociales, que han hecho de la lucha por asignar un significado a los conceptos uno de los frentes más importantes de orientación de estas *batallas políticas*. Un ejemplo interesante es el Foro de Vida Independiente, que ha pugnado por hacer prevalecer una noción más pluridimensional y política de lo que significa la dependencia y autonomía, lo que supondría poner el acento, no tanto en una intervención médica rehabilitadora, como en una mediación política (por ejemplo, ordenamiento urbano) que garantice el acceso de estas personas al ejercicio de sus derechos de formación, ocio, etc. Según esta representación, la autonomía no se restringe a sus componentes puramente físicos y clínicos, sino también a la participación social y política y, por tanto, reclama una respuesta mucho más global y extra-familiar que la propuesta en la ley. El espacio natural para la intervención, desde esta perspectiva, no sería el ámbito privado y familiar, sino público y político.

*Mi definición política: Soy una persona que funciona de otra manera... Entonces, cuando rompes ese concepto todo es... es como si te cambiaras de gafas. (...) Igual que tú no te defines por lo que no puedes hacer, yo tampoco. (...) Y lo del repago, vosotros lo llamáis copago pero eso no es así, es decir, yo ya pago mis impuestos pero además tengo que pagar por ser diferente (Representante Foro de Vida Independiente).*

La dimensión que se problematiza no es la relación de dependencia que estos sujetos mantienen con la sociedad, sino las relaciones asimétricas de poder establecidas, que contribuyen a reproducir un estatus de “normalidad”. En este sentido, y particularmente significativo de este movimiento social es su pugna por el significado con el que vincular la dependencia, y su énfasis en transformar la denominación de autonomía (de autonomía funcional a diversidad funcional). Conscientes del papel

---

<sup>46</sup> Esta moratoria reformula el concepto y los grados beneficiarios al reducirse las cuantías presupuestarias, lo que implica que el 26,3% de las personas con algún grado de dependencia, es decir, 398.519 personas cuyo caso ya ha sido dictaminado, va a ser objeto de recortes presupuestarios (SAAD-IMSERSO 2012).

central que juegan los aprioris en la orientación de la mirada que se dirige al problema, estos actores reclaman un cambio conceptual como requisito nuclear para inducir una transformación política. Plantean, por ello, la necesidad de revisar las responsabilizaciones que van vinculadas a determinadas representaciones de la realidad y pasar de una concepción individualizante (problema de salud) a otra más política (una cuestión de derechos) (Guzmán, Moscoso y Toboso, 2010).

Otras voces que han cuestionando esta visión individualizadora de la dependencia son las de algunos movimientos feministas vinculados en gran medida al mundo académico, que inciden en la necesidad de reformular las representaciones epistémicas y ontológicas que subyacen en este tipo de debates, y que hacen del sujeto mónadas autónomas y entidades aisladas.

*El asistente personal. Es lo único que hablan, de la autonomía en toda la Ley ¿sabes? Entonces, nos parecía que era algo, que bueno, que era una cosa muy puntual, pero que no extendía esa perspectiva de la autonomía personal al resto. (...) O sea, se hablaba solo... La Ley va dirigida a una población en concreto ¿no? Que son las personas mayores, dependientes y enfermas (Representante de la Asamblea Feminista de Madrid).*

*No, mire usted, yo quiero seguir siendo una persona más que tiene más años, nada más. Es lo único que tengo de diferencia con los demás. Pero sigo teniendo mi vida y mi vida activa. Quiero envejecer activamente (Representante de la AMES).*

Estas voces batallan por hacer de la dependencia no una condición excepcional, sino inmanente a cualquier sujeto. La vulnerabilidad hace de la interdependencia un rasgo constitutivo de la condición humana. Estas voces reclaman el establecimiento de mecanismos que permitan visibilizar la interdependencia, y facilitar así la politización y desfamiliarización en el enmarcamiento del debate.

---

### **La representación del sujeto de cuidados**

En segundo lugar, se puede destacar la asunción del sujeto de cuidados que se mantiene en la ley. De la reflexión anterior se concluye que el sujeto principal y “natural” para la satisfacción de estas necesidades sea la familia. El papel de la mujer que subyace en esta noción familiarista se invisibiliza y se desplaza metonímicamente por la noción de “familia”. La mujer aparece como sinécdoque, representación y esencia de lo familiar. Con esta operación retórica, de carácter metonímico, se recontextualizan los cuidados en el espacio privado, femenino, familiar. De hecho, tres de cada cuatro cuidadores principales son mujeres, tal y como vimos en un capítulo anterior, en gran medida familiares de la persona dependiente (Observatorio de la



Discapacidad 2008). Esto explica que, a pesar del carácter excepcional bajo el que se presenta en la ley la atención a la dependencia en el contexto familiar, la opción escogida haya sido, en la mayoría de los casos, los cuidados familiares (“cuidadores no profesionales”).

Este juego de equivalentes semánticos, por el cual lo familiar se asocia con lo femenino, emocional e informal, se plasma en su particular definición de los perfiles de cuidadores. Todo ejercicio de clasificación produce un orden político. En el artículo 2 del título preliminar de la ley, se diferencia entre cuatro perfiles de cuidadores. Un primer perfil, que denominan “cuidadores no profesionales” presenta como característica distintiva y criterio clasificador el espacio social en el que se desarrollan las actividades de cuidados: la familia.

*Se entiende como “cuidados no profesionales”: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada” (LAAD, art. 2)*

Un segundo perfil serían los cuidadores profesionales, que aunque no es incompatible con el cuidado familiar, sin embargo, se presenta como su álter ego<sup>47</sup>. El criterio de clasificación es, en este caso, el estatus social de la tarea. Un tercer perfil sería el asistente personal. El criterio en este caso no es el carácter profesional o el espacio de ejercicio de la tarea, sino los objetivos que se persigue con la actividad de cuidados. Esta figura responde al colectivo de sujetos con diversidad funcional (personas con discapacidad), y configura un *ethos* específico de entender los cuidados, tal y como hemos desarrollado anteriormente. Finalmente, se expone un cuarto perfil de cuidadores, que corresponde con el tercer sector, cuyo criterio distintivo sería, en este caso, la naturaleza de la regulación de estas actividades (“responder a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro”, LAAD, artículo 2), diferenciándose entre aquellas actividades con un carácter voluntario y solidario y aquellas que persiguen fines lucrativos.

Como detrás de toda operación de clasificación, hay una división política, es fundamental analizar los criterios que justifican esta clasificación. En esta diferenciación de perfiles se mezclan un conjunto de criterios, la familiarización o no, cuyo principio explícito sería los mecanismos de regulación (profesionales, morales, etc.), el modelo de cuidados que plantea o los fines que persiguen. Además del carácter político de estos criterios de delimitación y clasificación de las personas que

---

<sup>47</sup> “Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro” (LAAD, artículo 2).

cuidan (¿por qué las actividades realizadas por una ONG son conceptualizadas bajo el marco semántico de la voluntariedad y de la solidaridad y no lo son las actividades realizadas por las mujeres en el seno de las familias? ¿no están las actividades familiares regidas también por fines altruistas?), podría también objetarse su carácter naturalizador, al plantearse una jerarquía en la naturaleza de esta actividad de cuidados, situando, en la escala más baja, al espacio de cuidados vinculado a lo femenino (cuidados realizados en el ámbito doméstico de forma informal y aparentemente voluntaria por las mujeres).

No sólo se encuentra ausente en la ley un marco interpretativo en términos de género, sino que también contribuye a reproducir las asunciones sociales en las que se basa la jerarquía entre los espacios sociales sexuados. Esto muestra que no es la actividad de cuidados lo que resulta invisible, sino sus condiciones de desarrollo. Sólo cuando este se realiza en el espacio semántico vinculado a lo “femenino” (con su cadena de equivalentes: familiar, voluntario, informal, etc.), los cuidados son invisibilizados. Esta invisibilización implica no sólo que no se problematice el modo de organizar el ejercicio de estas actividades, sino también la escasa conciencia social y política de la presencia de una serie de necesidades y la complejidad y la densidad de las actividades que conlleva su satisfacción. Tal y como se plantea en esta jerarquía de cuidadores, los cuidados invisibles son los cuidados no profesionales, las actividades que se realizan en el espacio vinculado a lo femenino. Por ello, aunque el sujeto de esta actividad sea una mujer pero el espacio de ubicación semántica de la actividad sea el masculino (una actividad profesional, validada por el ritual de certificación de competencias), o bien extra-familiar (una ONG), la actividad pasaría a adoptar otra acepción semántica. No es, por tanto, la actividad lo que explica el valor de esta, sino el conjunto de convenciones y normas sociales que hace que determinadas actividades sean ubicadas en un campo semántico (y político) u otro.

Otra cuestión que refuerza el papel que se asigna a la familia como sujeto de los cuidados es el hecho de que, si bien la ley plantea una multiplicidad de opciones para llevar a cabo estas actividades de promoción de la autonomía, la única de las fórmulas exentas de copago es la ayuda en casa. De este modo, no sólo se está perfilando, de nuevo, una jerarquía implícita entre las diversas fórmulas (la más “económica” para las familias es la ayuda en casa), sino que, por mucho que se presente como “excepcional”, se está promoviendo indirectamente esta opción. La carencia de recursos que caracteriza a gran parte de familias podría incluso promover el efecto perverso de que, más que replantear las asunciones implícitas en una construcción sexuada de los cuidados, se esté favoreciendo la retirada de algunas mujeres del mercado de trabajo para hacerse así cargo de sus familiares dependientes. Tal y como plantean Abellán y Esparza (2010), las mujeres frecuentemente dejan su trabajo o tienen que reducir su jornada laboral, ya que su estatus profesional es precario o

porque se ven abocadas a asumir el papel tradicional de los cuidados, dejando al varón la responsabilidad de aportar los recursos económicos.

Esta opción, que al plantearse como excepcional desconsidera las condiciones de precarización y difícil integración de las mujeres en el mercado de trabajo, se ha acabado convirtiendo en la opción dominante (según el IMSERSO, en noviembre del 2012, el 44,73 % del total de las ayudas estaba vinculado a la prestación económica de cuidados familiares frente a otras prestaciones como la atención residencial, que representa tan sólo el 13,08% del total, la teleasistencia -13,59%- o la ayuda a domicilio -12,87%-). El pago que se realiza al cuidador personal permite valorizar parcialmente estas actividades de cuidados, pero dada la precariedad de la situación de gran número de mujeres en el mercado de trabajo, la posible, aunque escasa, remuneración de estas actividades podría disuadirles de participar en el mercado de trabajo, contribuyendo a feminizar, aún más, el ejercicio de estas tareas.

En este sentido, se produce un doble proceso contradictorio. Por un lado, la retribución económica que se realiza al ejercicio de los cuidados permite visibilizar y valorizar estas actividades. Por otro, la desvalorización bajo la que se plantea esta opción cuando se ejerce en el ámbito vinculado a lo femenino (familiar, informal, moral) hace que se contribuya a afirmar un imaginario que refuerza la asimetría entre los espacios políticos asociados al género. Un ejemplo que expresa esta situación es la ambigüedad en la definición del estatus de cuidadora que se situaría en un limbo jurídico entre lo familiar y lo mercantil<sup>48</sup>. Por tanto, esta producción de estatus híbridos entre lo familiar y lo mercantil no necesariamente replantea la dicotomía entre cuidados y trabajo productivo, y, por tanto, difícilmente va a poderse revisar la jerarquía de valores atribuidos socialmente a estos dos tipos de actividades.

Es más, la fórmula adoptada para responder a estas necesidades vinculadas con la dependencia, que consiste en otorgar una compensación económica sin cuestionarse el valor de estas actividades, explica que se responda en muchos casos a las demandas contradictorias de la sociedad a través de una descentralización de los cuidados hacia colectivos con un menor estatus social, esto es, mujeres inmigrantes. Sin embargo, tampoco se contempla esta condición en el estatus jurídico que regula la Seguridad Social de las personas cuidadoras en el hogar, ya que plantea incompatibilidades con la

---

<sup>48</sup> Se asigna una prestación para los cuidados en el entorno familiar, sin embargo esta prestación no es directa, ni en forma de salario, sino que se concede a la persona en situación de dependencia. Por otro lado, aunque se regula la Seguridad Social de las personas cuidadoras en esta situación (Real Decreto 615/2007), sin embargo, su estatus no es de trabajador, sino que está reglamentado a través de un convenio especial y, por tanto, no tiene, por ejemplo, acceso a la negociación jurídica, ni derecho a prestación por desempleo, ni a prestaciones por maternidad, paternidad o incapacidad temporal (sólo tiene cobertura para la jubilación y para la incapacidad permanente, muerte y supervivencia).

actual Ley de *extranjería*, lo que deriva en la imposibilidad de las mujeres migrantes para renovar sus permisos de residencia y, por tanto, para la normalización de su estatus de ciudadanía en el país. De este modo, en esta cadena de los cuidados se van configurando nuevas jerarquías. A las divisiones tradicionales establecidas entre mujeres y hombres, se unen las constituidas en el seno mismo de las mujeres, en función de su distancia al espacio simbólico propio de lo masculino (público, profesional, certificado, racional, etc.).

---

### *Representación de los cuidados*

Una visión despolitizada de la dependencia y familiarista del sujeto de los cuidados, que impugnan diversos grupos sociales, tiene también consecuencias en el modo de conceptualizar la naturaleza de la prestación que los servicios públicos deberían dirigir a las personas en situación de dependencia. Por ello, en tercer lugar, y vinculado a las representaciones de la dependencia y a la construcción del sujeto de los cuidados, está la definición que se da al hecho de “cuidar”. De hecho, se pone de manifiesto el vínculo esencial entre la definición de la dependencia y las estrategias (de cuidados) que se consideran legítimas para combatirlo. La ley no desarrolla específicamente en qué términos se va a llevar a cabo el ejercicio de los cuidados<sup>49</sup>, pero sí plantea dos principios nucleares que han inspirado desarrollos legislativos posteriores, la profesionalización y la universalización de los cuidados, tal vez por existir un notable consenso entre los diversos actores sociales en que estas dos dimensiones son clave en la institucionalización de los cuidados.

Uno de los desarrollos legislativos más importantes en la ley ha sido la formalización de los criterios de profesionalización de los cuidados (RD 1224/2009). Un discurso que orienta la mirada al control de la calidad del servicio que se ofrece al usuario es unánimemente aceptado, aunque por razones muy diferentes, por los diversos actores sociales. Las asociaciones patronales, junto con los representantes de organizaciones de la tercera edad, han insistido mucho en una concepción profesionalizada de los cuidados, ya que les permite desarrollar un nicho en el mercado, cuyo valor añadido se basaría en el establecimiento de claras distancias simbólicas con aquellas actividades realizadas en el espacio familiar.

*La ley es una ley de servicios profesionales, que prevé de manera excepcional siempre que no haya servicios profesionales, la figura de un cuidador familiar. ¿Qué ocurre? (...) que lo que era una excepción se ha convertido en lo que está optando la*

---

<sup>49</sup> Aunque el título II desarrolla una serie de medidas para garantizar la calidad de estos servicios de atención y cuidados.

*mayoría. Porque además esta es una Ley, donde al contrario de la Ley de sanidad o de educación donde es anticonstitucional que tú eduques a tus hijos en casa, aquí prevalece la opinión del familiar o del dependiente en este caso, por encima de la del profesional. Es como si yo fuera a un hospital y me dicen, mira, te tienes que operar de apendicitis, o tienes el brazo roto, y le digo, no me lo arregle usted, usted me da 400 euros, que ya me pongo yo unas vendas, me lo atiende en casa. Y eso es lo que está pasando con esta ley (Representante de AESTE).*

Esta orientación plantea una concepción del cuidado cuya acepción semántica dependería del espacio de ejercicio de este. Induce una visión que valoriza no los cuidados, sino aquellas actividades de cuidados ubicadas semánticamente en un espacio vinculado con lo masculino (remunerado, certificado y regulado). Esta visión que, por un lado permitiría facilitar la desfamiliarización de los cuidados, tiene también el efecto perverso de reproducir las valoraciones dicotómicas en las que se ha basado el orden social del género, induciéndose la formación de nuevas jerarquías según la distancia de la mujer o varón a la norma de masculinidad. Las voces de movimientos de mujeres también apoyan este marco de profesionalización, pero en este caso por oposición a una concepción familiarista, y defienden una profesionalización de los cuidados garantizada por los poderes públicos, tal y como lo pusieron de manifiesto diversos actores entrevistados.

*Tanto dentro del movimiento como en todo ese entorno, que está gestionando la ley, sabe que las feministas estamos en contra de perpetuar los cuidados en el seno de la familia y que pedimos servicios profesionales y públicos, no queremos pagas ni "paguitas", queremos servicios (Representante del Forum de Política Feminista).*

Tras esta apelación a la profesionalización se están activando importantes ritos de institución, que asignan esencias y propiedades a determinado tipo de actividades. Esta noción de profesionalización se muestra vinculada a nociones como instrucción, formación, calidad, etc. en donde aparece implícito un concepto de sujeto, como es el propio del discurso educativo, y cuyas características vendrían definidas por su carácter incompleto, por aquello que todavía no es, por su articulación en base a estatus o niveles que el sujeto, de forma inexorable, tendría que recorrer (y mostrar a través de un certificado) para llegar al estadio final que vendría constituido por el sujeto formado (el profesional). Este estatus que cualifica la actividad vendrá acreditado por unos rituales que certifican que el proceso se ha desarrollado de la forma esperada. Estos certificados permiten consagrar las diferencias e instaurar un límite y división entre los cuidados profesionales y no profesionales.

Este proceso de evaluación y acreditación de las competencias, desarrollado en el RD 1224/2009, permite, por un lado, visibilizar (describir, analizar y racionalizar) la compleja movilización de competencias tácitas, intangibles, informales, sumamente

complejas (Durán, 2002), que reclaman el desarrollo de este tipo de tareas, pero, por otro lado, contribuye a jerarquizar las actividades humanas y a reproducir dicotomías asimétricas entre las actividades domésticas, no profesionales, descualificadas y gobernadas por imperativos morales, y las actividades laborales, profesionales, cualificadas y gobernadas por procedimientos técnicos, y confirmadas por un protocolo institucional como es el sistema de acreditación de cualificaciones. De este modo, por un lado, la profesionalización de los cuidados plantea un importante potencial emancipador ya que induce una “mirada” en una dirección opuesta a la anterior (de una invisibilización de los cuidados a un registro y codificación sistemática de las competencias que reclama la realización de este tipo de actividades), pudiéndose promover así el ennoblecimiento de este tipo de actividades. Sin embargo, esto se desarrolla no por dignificarse el “sexo” de los cuidados sino porque este tipo de actividades es sometido a un proceso de “purificación” ritual en el espacio social atribuido a lo masculino (curiosamente, el proceso contrario no ha tenido lugar: esto es, la colonización en el espacio laboral mercantil de lógicas atribuidas a la ética de los cuidados, como son la producción del vivir, la liberación de la búsqueda obsesiva de rendimiento, la solidaridad con el sujeto de necesidad, etc.).

Junto a esta profesionalización de los cuidados, se está induciendo la mercantilización de la prestación, que convierte al dependiente en cliente soberano. La cuestión de la libertad de elección ha sido una demanda ampliamente defendida tanto por movimientos de la tercera edad como de discapacitados (Rodríguez Cabrero, 2011). Una concepción individualizadora orienta gran parte de la discusión hacia la identificación de los mecanismos que permitan satisfacer las necesidades de un cliente, receptor de estos servicios, y en donde las infraestructuras sociales ofrecidas por los poderes públicos serían así comparadas a las infraestructuras hoteleras

*Una residencia, por ejemplo, una persona que vive en una residencia no tiene gastos (...) Aquí no tiene gastos, no tiene que pagar alojamiento, tiene unos servicios..., de lavandería. Tiene una limpieza. Tiene comida. Tiene una serie de servicios que llamamos pues que son..., hoteleros. Y tiene unos servicios asistenciales (...) No podemos obligar a la gente. Esto no es una pena. Es decir: “Usted, condenado. Tiene dependencia, además, está inhabilitado porque tiene Alzheimer; y yo decido que lo mejor para usted es tal sitio”. Pues no podemos entrar en eso (Representante 3 del IMSERSO).*

Esta noción individualizadora de lo que significa el cuidado puede inducir una discusión del problema de la dependencia en términos mercantilistas (Rodríguez Cabrero, 2011), según la cual, la autonomía significa la libertad de un cliente para decidir aquellos servicios que se consideren más adecuados a su situación personal. El debate omitido en esta concepción médico individualista de lo que es la dependencia es qué modelo de protección social estamos fomentando, quién es responsable de qué, y en qué

medida este modelo está capacitando el empoderamiento político de ambos, personas atendidas y sujetos de los cuidados, objetivo este invocado en la ley.

En esta cuestión, las voces representativas de los movimientos de mujeres consideran que un exclusivo énfasis en la soberanía del dependiente, que apoya esta visión mercantilizadora de los servicios ofrecidos, omite cualquier análisis político en donde se plantee una reflexión global acerca de la necesidad de cambiar el modelo familiarista y privatizado que se impone con la opción, aunque se presente en la ley como extraordinaria, de remunerar mínimamente al cuidador familiar.

*Nosotros lo que pedimos es que todos sean servicios profesionales, es decir que todo el sistema de la atención a la dependencia sean servicios profesionales, es decir, primero el que no haya prestaciones económicas ni cheques servicios, y que todos sean servicios, sean servicios profesionales, nada de servicios familiares y que sean públicos* (Representante del Forum de Política Feminista)

Por tanto, aunque muchos actores (técnicos del IMSERSO, representantes de organizaciones de mayores, movimientos de mujeres, actores sindicales, patronal, etc.) coinciden en el discurso de la profesionalización de los cuidados, sin embargo, el significado de esta noción de profesionalización es extremadamente polisémico. No necesariamente implica una revisión del espacio “natural” para el ejercicio de los cuidados, sino que se reduce, en muchas ocasiones, a reclamar una mejora en la calidad de este servicio. En este caso, la demanda de profesionalización viene promovida, no tanto por un cuestionamiento de la moralidad o justicia de la familiarización de los cuidados, sino por una sospecha acerca de la calidad de estas prestaciones.

*Si queremos y decimos que queremos servicios profesionales frente a los cuidados familiares, para que sean servicios profesionales tienen que tener formación, tienen que tener cualificación. O sea, no puede ser cualquiera el que valga para atender a las personas en situación de dependencia* (Representante del IMSERSO).

Puede tener además el efecto perverso de inducir la invasión panóptica de las antenas del estado en espacios hasta ahora ajenos a la presencia estatal, como son en el seno del hogar<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> En virtud del Acuerdo del Consejo Territorial (del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia del 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo), los servicios sociales deberán certificar que se cumplen en el hogar las adecuadas condiciones de convivencia y relación. Se elabora además un Programa Individual de Atención (PIA) en donde se señalan

Otra de las cuestiones en donde predomina un gran consenso es la cuestión de la universalización de esta prestación, que ha sido una de las principales señas de identidad de la ley. No hay, sin embargo, tal acuerdo en identificar cuál es el modelo (financiación impositiva, basado en la seguridad social o asistencial) de financiación de esta prestación, ya que, si algunos actores, como los representantes de los trabajadores han respaldado la opción basada en la Seguridad Social, la patronal, apoyada por las CCAA, defendían un modelo impositivo. Uno de los ejes más importantes que abanderan esta ley, y con la que se pretende dotar de legitimidad a estas intervenciones, es el distanciamiento que expresa frente a una tradición protectora de carácter contributivo y asistencial. El “color” europeísta bajo el que se presenta al Libro Blanco de la dependencia explica que la identidad de la ley sea presentada como una ruptura con el modelo tradicional español (asistencial familiarista) a fin de acceder a los modelos definidos en otros países miembros de la UE.

Aunque todos los actores sociales que están pugnando por participar en el proceso de construcción de la ley destacan la importancia de asegurar el derecho político de carácter universal a recibir asistencia, unos actores inciden en el papel que puede jugar el mercado, otros abanderan la defensa de un sistema público que entienden como garantía de esta universalidad y de responsabilización colectiva. Y a pesar de esta mezcla híbrida de marcos, no es lo mismo plantear esta intervención apelando a un marco público de justicia redistributiva que hacerlo en términos de rentabilidad económica. Esta situación favorece que este cuarto pilar del estado social sea concebido también como espacio para la creación de nuevos yacimientos de empleo y de modos de promover la economía social. La función del estado social se transforma, pasándose a ser un factor productivo más. Sin embargo, la prioridad que se otorga en la práctica a las prestaciones económicas (aunque en la ley se consideren excepcionales), la escasez de recursos económicos (el sistema queda relegado a aquellas dependencias más severas), los límites que plantea la noción de dependencia (la dependencia tiene que ser permanente, y vinculada a disfuncionamientos físicos), la responsabilización de los beneficiarios a través del copago (que implica la participación del dependiente una vez considerada su renta y patrimonio: el 33% del coste del servicio de media), las diferencias en el acceso en función de la Comunidad Autónoma que corresponda, o las diferencias en el acceso entre migrantes y autóctonos, etc. cuestionan el carácter universal y público de esta ley.

---

los servicios o prestaciones económicas que se consideren más adecuados a las necesidades de la persona beneficiaria.



## CONCLUSIONES

El análisis de la LAAD y su potencial subversivo del orden social de género pone de manifiesto la naturaleza ambigua, polifónica, y polisémica de nociones como los cuidados, la dependencia, la profesionalización, etc. lo que denota como es el signo un espacio nuclear en donde se lidian gran número de batallas entre grupos sociales que pugnan por el sentido. El signo, como planteó Bajtin, es semánticamente móvil, inacabado, dinámico y abierto, ya que representa la materialización de un conflicto entre grupos sociales y es, por tanto, un acto social inconcluso. En el seno de cada noción se aloja como huella imborrable una diversidad de voces que no son, sino representación de una multiplicidad de puntos de vista.

Este carácter multivocal de textos como el documento de la LAAD no evita que haya unas voces que aparezcan como hegemónicas a lo largo del texto. Tal y como plantea Surel (1990, p. 69), el proceso de construcción de un referencial constituye sólo un ejercicio de adjudicación de la palabra sino también de retención de poder (estructuración de un campo de fuerzas). El particular procedimiento de realización del proyecto de ley junto a una serie de condiciones contextuales, como son el margen de maniobra que disponían diversos grupos sociales frente a la ley, la estructura político institucional del país, el modelo cultural que sustenta el orden político entre los sexos, y, en ocasiones, la presencia de individuos en espacios con gran capacidad de intervención en el diseño de la ley, explica la particular visión que la ley plantea acerca de qué significa la dependencia y la autonomía, qué significa trabajar y cuidar, qué significa la emancipación social y la subordinación.

La capacidad potencial de revisar la *doxa* que fundamenta las dicotomías de sentido que reproducen un orden político sexuado, explica el importante poder transgresor de la ley. Sin embargo, el análisis de la ley desde una perspectiva de género no deja mucha duda acerca de su tímido ejercicio emancipador y destabilizador de los imaginarios políticos en los que se ha construido el orden social de género. La hegemonía de una visión médico gerontológica hace de la dependencia una condición de ausencia de autonomía física, que reclama de apoyo rehabilitador para la realización de actividades básicas de mantenimiento de la vida. Esta visión médico gerontológica que ha orientado la mirada sobre las prácticas de los cuidados, más que facilitar la revalorización y reconocimiento de este mundo desconocido del cuidar, ha acentuado una valoración dicotómica de los espacios políticos del cuidar. A esto se ha unido una visión mercantilizante de la prestación de servicios, en la que el énfasis en la profesionalización y desfamiliarización ha sido el resultado de una concepción de la autonomía vinculada a la soberanía del cliente, y en donde se asume sólo el valor de aquellas actividades marcadas por los rituales de autoridad característicos del espacio

masculino (certificación profesional, carácter público, ámbito extra-familiar, etc.). De este modo, estas políticas más que reducir la feminización de los cuidados, la reconstruye y adapta (Asamblea feminista, 2006), usando nuevas tecnologías de regulación, como son el contrato. Esta situación no facilita la impugnación de las asunciones que mantienen el orden social de género, sino que, más bien, estimula un proceso en donde las jerarquías no se renuevan sino que se multiplican según su distancia a la norma de masculinidad sin cuestionar su orden primordial.

Por tanto, la formulación de esta ley, lejos de replantear y someter a disputa gran parte de las concepciones subyacentes en el orden político del género, contribuye a reproducirlas, estableciéndose categorías y divisiones dentro de las mismas mujeres según la cercanía de estas al espacio social atribuido a lo femenino (informal, emocional y doméstico). La escasez de recursos que se han movilizad para la aplicación de la ley, escasez esta que se ha visto acentuada tras la crisis económica, la configuración institucional del poder entre los diversos niveles geográficos, la carencia de infraestructuras públicas de atención a la dependencia, etc. no hacen sino acentuar estos riesgos identificados en la redacción de la ley.

La institucionalización y politización del riesgo de dependencia no ha planteado su transformación, sino la movilización de los recursos existentes para adaptarlos a las nuevas condiciones, reforzándose la responsabilidad familiar. A las obligaciones vinculadas a vínculos morales, se suman las propias de una relación mercantil, fortaleciendo su familiarización. Además, parte del riesgo es trasladado a la persona dependiente (el individuo asume mayor responsabilidad bajo el pretexto de ofrecer un servicio de mayor calidad), y con la movilización del sector mercantil (desgravaciones fiscales), se refuerza la idea de que la dependencia es un riesgo privado (Rodríguez Cabrero, 2011). La apropiación del campo semántico de la noción y su colonización por un modo de entender la dependencia (estado específico de pérdida de capacidad de autoayuda para el desarrollo de actividades básicas encaminadas al autoabastecimiento) explica, en parte, la lectura despolitizante que se hace de esta condición, a pesar de un posible potencial emancipador que hubiera podido activarse con el marco de la “lucha contra la dependencia”. La representación de la dependencia que induce esta ley omite el hecho de que lo contrario de la dependencia no es necesariamente la autonomía; que la dependencia es una condición inmanente a todo sujeto y que son las condiciones de vulnerabilidad, no solo material sino también política, lo que hace a la dependencia una condición susceptible de ser combatida. Esto permitiría politizar no sólo la pérdida de autonomía de los sujetos como resultado del envejecimiento o de la diversidad funcional, sino también de aquellos individuos que, obligados por normas sociales y morales, se ven impelidos a ejercer de cuidadores.

La existencia de iniciativas políticas como la LAAD, sin cuestionarse otras condiciones sociales que reproducen la asimetría de poder, como son la precariedad de un mercado de trabajo que perjudica de forma notoria a los más frágiles, la escasa presencia de opciones institucionales para que los varones puedan optar por cuidar, el peso que juega la cultura moral con la que se regulan las relaciones familiares, las posiciones de poder de distintos grupos sociales, etc. dificultan, en gran medida, el replanteamiento de los axiomas indiscutibles bajo los que se sustenta la división y jerarquización social y sexual de las actividades sociales.

## 9. PRÁCTICAS DE CUIDADOS Y EXPERIENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El análisis de la LAAD sería insuficiente sin un estudio complementario de los modos como estos textos y estas prácticas se traducen y negocian en la práctica específica de realización y ejercicio de los cuidados. Por ello, en esta tercera fase de nuestra investigación nos hemos dirigido a explorar los modos como se “filtra” la LAAD en las prácticas específicas de cuidados y al estudio del papel que esta ley ha podido ejercer en una redefinición de estas prácticas. Para ello, y tal y como hemos señalado en un apartado anterior, han sido realizados 8 estudios de caso (además de dos casos atípicos) con los que se ha intentado analizar esta dimensión más vivencial de las experiencias y negociaciones que se realizan en la interacción social cotidiana que caracteriza diversas relaciones de cuidados.

Hemos dividido el análisis de los estudios de caso en cuatro ejes, intentando indagar, en cada uno de ellos, el papel que parece estar jugando la ley de dependencia:

- Normas culturales que articulan la ética de los cuidados (lo dado por descontado sobre los cuidados); construcción de identidades sociales y sexuales y los cuidados; distribución de la responsabilidad frente a los cuidados; justificaciones y lógicas legitimatorias en torno a los cuidados y a su distribución social.
- La delegación del cariño; la negociación de los límites y fronteras del cuidado, qué significa el cuidado, la negociación del cuidado, contenido del cuidado; normas culturales acerca del buen cuidado y sus disputas.
- Negociación del cuidado y gestión de las emociones vinculadas al cuidado – agresividad, ira, autocontrol, frustración, autocontención emocional-
- Vivencias del ser cuidado; procesos de percepción del sujeto cuidado por parte del cuidador y del sujeto cuidado; la identidad y autoconcepto del sujeto cuidado, las vivencias y negociación del cuidado.

Estas cuatro cuestiones nos han parecido nucleares a la hora de entender las experiencias cruzadas en torno al ejercicio de los cuidados. Los tres primeros ejes analíticos tratan de explorar, de forma complementaria, las dinámicas normativas y obviedades morales que se articulan en torno a los cuidados y que definen un *deber ser* acerca del cuidar. El objetivo sería analizar qué papel juega (puede jugar) la publicación de la LAAD en la redefinición de un imaginario cultural en torno a los

cuidados y en la producción de subjetividades. Tres serían los principales ejes a explorar, las bases morales de la microsolidaridad, las normas culturales del buen cuidado y el autogobierno emocional. El cuarto eje analítico se centra particularmente en la diversidad de modalidades identitarias y vivenciales del cuidado, indagando, de forma particular, en la pluralidad de modos de construir y ser construido, como sujeto receptor del cuidado. Este análisis permite examinar, desde una perspectiva original y complementaria, la complejidad de las lógicas, dinámicas y relaciones que se articulan en torno a los cuidados. Este complejo y diverso universo de modalidades vivenciales del cuidado pone de manifiesto que la reformulación de los cuidados como experiencia articuladora de un nuevo orden político reclama de una intervención de carácter más pluridimensional y dirigida a transformar los aprioris del cuidado que aquella planteada por la LAAD. No obstante, esta ley representa un necesario punto de partida para una intervención integral que rediseñe algunas de las configuraciones culturales que articulan relaciones políticas.

### **9.1 NORMAS CULTURALES QUE ARTICULAN LA ÉTICA DE LOS CUIDADOS Y BASES MORALES DE LA MICROSOLIDARIDAD<sup>51</sup>**

La confluencia de una serie de circunstancias sociales (el envejecimiento progresivo de la población, incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la extensión de nuevos marcos interpretativos de género, la europeización de marcos interpretativos de la intervención social) ha facilitado la reformulación de la concepción de la familia como ámbito exclusivo de microsolidaridad, impulsándose un importante proceso de redefinición de las bases morales y culturales en las que se ha fundamentado la distribución social de las responsabilidades en el ejercicio de los cuidados. De este modo, y particularmente en el ámbito familiar, asistimos a un proceso de reformulación de la organización social de los cuidados (mercantilización de la vida íntima, cadenas globales de cuidados o prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar) que inducen nuevas “culturas de cuidados” y trastocan las dicotomías público/privado, profesional/familiar o residencia/hogar, etc.

Los movimientos de mujeres han contribuido, en gran medida, a una revisión de la noción de cuidados, y con esta, a la problematización de las cargas, las morales y los tiempos dedicados mayoritariamente por las mujeres a los cuidados, al cuestionamiento de la centralidad de los mercados, o a la extensión de un discurso

---

<sup>51</sup> La redacción de este capítulo ha corrido a cargo de Alba Artiaga Leiras y Amparo Serrano Pascual

que plantea la oposición entre la acumulación de capital y la sostenibilidad de la vida. La publicación de la ley de dependencia ha podido exacerbar esta situación, tal y como hemos visto en apartados anteriores, y contribuir, en gran medida, a la puesta en cuestión de los aprioris que han fundamentado la organización y distribución social de las responsabilidades frente a los cuidados. Este conjunto de situaciones se ha traducido en una importante diversificación de prácticas, lógicas interpretativas y morales de los cuidados como resultado tanto de la multiplicación de actores que se han incorporado al proceso, como de la pluralidad de *narrativas* que se están difundiendo acerca de por qué hay que cuidar y qué significa cuidar.

El objetivo de este apartado ha sido examinar cómo se negocian las obviedades morales en torno a los cuidados, que configuran una distribución social de la responsabilidad frente a los cuidados y articulan la construcción de identidades sociales y sexuales. Esta exploración analítica nos sitúa en una buena posición para estudiar, en el segundo apartado, los (nuevos) marcos normativos con los que se nombran los cuidados y las nuevas fronteras que se establecen en torno a la definición de los cuidados y de la dependencia, en gran medida promovidos por la subversión de los marcos interpretativos de género dominantes que resulta de los cambios ideológicos, sociales y demográficos recientemente experimentados así como de la publicación de la ley de dependencia.

---

#### *Lógicas legitimatorias en torno a los cuidados: el trabajo de lo dado por descontado*

Los cuidados constituyen una práctica que implica mucho más que una mera satisfacción de necesidades físicas y materiales de personas en situación de vulnerabilidad. Inducen, particularmente, una situación de codependencia en donde se desarrolla un importante e intenso intercambio emocional. Las representaciones hegemónicas de los cuidados integran reglas que definen las emociones legítimas, en cuanto a modalidad e intensidad afectiva (qué, cuánto y cómo tengo que sentir), en este intercambio social, lo que va a delimitar lo que se considera como el buen cuidado. De este modo, estas representaciones integran una definición naturalizada acerca del espacio social de los cuidados (los cuidados se llevarían a cabo, de forma prioritaria, en las relaciones íntimas), las lógicas y principios que los delimitan (conllevan emociones asociadas como el cariño, los afectos o el amor) y las personas que se consideran responsables de su realización (principalmente las mujeres). Por ello, las representaciones sobre el (buen) cuidado están estrechamente asociadas con una definición del sujeto considerado adecuado para proveer esos cuidados. Las reglas morales vinculadas al ejercicio de los cuidados y de ser para las/os demás asocian el ámbito natural de los cuidados al género femenino.

*Todo nos viene a salpicar siempre un poco a nosotras, de una manera directa o indirecta. T2. E45<sup>52</sup> (cuidadora familiar a tiempo parcial)*

Veamos, en primer lugar, cómo se expresan las obligaciones sociales vinculadas a los cuidados. Estas nos remiten, directamente, a un orden moral en donde normas sociales y satisfacciones personales confluyen, haciendo que los cuidados “llenen” (colman un “vacío”).

*Lo que sí es cierto es que después de todo esto, cuando se van es duro y te queda un vacío importante. Te queda la tranquilidad, pero al mismo tiempo la... O sea la tranquilidad de conciencia de decir: “He hecho lo que ella quería y lo que yo y mis hijos”... T1.C1.E1. (cuidadora familiar a tiempo completo)*

*Hasta te aporta mucha paz, ¿sabes lo que te quiero decir? Y te aporta ánimo (...)*  
*El día que eso termine yo sé que a mí me va a quedar mucha paz. T2. EA5.*

*Es muy altruista, y muy bueno, vamos, yo creo que, o sea, a nivel de calidad de los cuidados, han sido muy buenos (...) ella está contenta con, o sea que es una decisión que ha tomado ella y yo creo que le hace ser más feliz por haberlo hecho T1. C1.E3. (hijo de cuidadora familiar)*

El cuidado de los otros, la identificación de sus necesidades serían resultado de un ideal maternal constitutivo de la subjetividad femenina. Forma parte de esta una supuesta capacidad para otorgar cuidados, y para postergar las propias necesidades en beneficio de las de otros.

*Yo quisiera que me cuiden mis hijas, pero como yo veo ahora que no tienen tiempo, cada cual tiene sus hogares, digo, es una tristeza porque como uno se les ha criado... Una también se ha... ¿Cómo se dice? Se ha esforzado muchísimo por los hijos. Uno no ha visto ni si “hoy estoy cansada que no puedo darle la comida”... Cocinando ... Duchándolo y todo eso ¿no? Digo: Así mismo quisiera que fueran mis hijas, pero como hay tanta ingratitud que no hacen lo que uno ha hecho los hijos... T1. C2. E7 (profesional de ayuda a domicilio)*

---

<sup>52</sup> La abreviatura T corresponde con el tipo (1: Cuidado familiar a tiempo completo; 2: Cuidado familiar a tiempo parcial; 3: Cuidado profesional interno; 4: Cuidado familiar a tiempo parcial. Apoyo centro de día; 5 Residencia privada pequeña; 6: Residencia privada grande; 7: Residencia pública; 8 : Varón cuidador a tiempo completo; 9: Situación atípica. Oficina de vida independiente; 10: Situación atípica II. Cooperativa de mayores). Al primer tipo se realizaron dos estudios de caso (C). La sigla E representa el número de la entrevista. (para más información, consultar cuadro pág. 66) En este caso, las siglas T2 EA5 corresponde con la quinta entrevista adicional realizada a una cuidadora con el perfil del tipo 2 (cuidadora familiar a tiempo parcial). Ya que la mayoría de los cuidadores familiares entrevistados son mujeres, sólo se especifica el sexo del cuidador cuando se trata de un varón.

*También porque ellos son los que se encargaban un poco de mis hijos y ya no se podían encargar (...) Entonces, vi la solución más correcta esta. Hacerlo yo así, ¿sabes?*  
T2. EA5. (Cuidadora familiar)

El deber de cuidar obedece a una doble lógica. Por un lado, es aquello que se paga como parte de una deuda intergeneracional, familiarmente contraída. La violación de una norma de reciprocidad y de responsabilidad social genera una infracción moral (“ingratitude”). Una serie de argumentos serán movilizados que, al reforzar la calidad del “merecimiento” (“se ha esforzado mucho por los hijos”), hace más notoria e ineludible una norma de equidad y justicia que integra esta deuda moral. Por otro lado, los cuidados permiten expresar una supuesta naturaleza personal; “llenarían” porque permitirían completar su esencia. El ejercicio de los cuidados no sería vivenciado, en el caso de muchas mujeres, como un deber impuesto de forma coactiva sino una imposición endógena. La inducción de sentimientos de culpa actúa como un importante mecanismo de regulación social. El cumplimiento de un deber permite “tranquilizar la conciencia”.

En esta situación de codependencia, el sentimiento de competencia y lealtad se va a vincular con la provisión de asistencia a familiares. Sin embargo, esta activación emocional se produce principalmente en el caso de las mujeres. Las representaciones de la femineidad vinculadas al altruismo favorecen atribuciones que incrementan la disposición y frecuencia de conductas generosas. Por ello, si en un caso, la activación del deber moral se debe a la apelación a una norma de reciprocidad (contradon), en el segundo, se basaría en la invocación de una supuesta naturaleza que explica la asistencia en términos de empatía y altruismo, en donde la satisfacción se deriva exclusivamente del beneficio generado a otra persona (de la “com-pasión”, esto es, de la supuesta habilidad para compartir emociones). Una teoría social, que asocia la femineidad con la empatía, favorece que las propias emociones y comportamientos altruistas y generosos sean interpretados como propios de su naturaleza, favoreciendo y reforzando estos comportamientos.

En este caso, las fronteras que diferencian entre lo que se construye como elección personal y lo que aparece como deber social son muy difusas.

*Ha sido una elección, pero yo considero que tenía el deber yo. Yo considero que tenía el deber de cuidar a mi madre en estos términos* T1. C1. E1 (cuidadora familiar)

*Una elección. A mí nadie me ha impuesto que lo haga y nadie me ha obligado. Ha sido decisión propia* T2. EA5. (cuidadora familiar)

*Es una cosa que tengo que hacer porque quiero hacerla y porque, un poco, mi responsabilidad* T3. C4. E10. (cuidadora familiar)



*Depende de a quien le tocase ... bueno a mí sí me gustaría saber si la persona que tuviese que hacerlo, si se hiciese de esta manera en casa, si lo hiciese voluntariamente. Para mí eso sería algo muy importante, que la persona que lo fuese a hacer quisiese hacerlo. Y que no sea un marrón.* T1. C1. E3 (hijo de la cuidadora).

Esta definición de las reglas morales acerca del cuidado juega un papel central en la regulación de las relaciones sociales. En la interacción social se generan distintas “llamadas al orden” que regulan el modo de aparecer, de actuar, de sentir, la conducta o el discurso de hombres y mujeres. Se hace de este modo presente en los rituales de interacción social un referencial que asocia inversión emocional y empatía al imaginario femenino.

*Porque los hombres no sé. Yo, por ejemplo, mi marido si le pido que me ayude, me ayuda; pero si no le digo nada se pone a ver la tele y “¿quieres que te ayude?”, pero cuando ve que ya..., bueno, que me duele algo mucho. Más es la mujer* T1. C2. E4. (cuidadora familiar)

*Porque hay hombres que hacen más y las mujeres pasan pero son los menos. Hay mujeres, pero son las menos* (T1. C2. E4) (cuidadora familiar)

*“no, no, no... -dice- no me da confianza. Un hombre no me da confianza”* (T1. C2. E7). (profesional de ayuda a domicilio)

De este modo se va configurando el *habitus* de género, esto es, disposiciones que se llevan ensayando a lo largo de su proceso vital, y se constituye como una fuerza simbólica importante porque se inscribe en lo más íntimo de los cuerpos. Es una suerte de adhesión dóxica (Bourdieu, 2003), que favorece la aceptación de un código que define lo que deberían sentir hombres y mujeres y cómo deberían cuidar. Estos atributos socialmente adscritos, al mismo tiempo que subordinan, al ubicar a las mujeres en un espacio social relegado al silencio, también les otorgan poder, reconocimiento y realización personal. En este sentido, una cuestión central en el análisis de las éticas que configuran los cuidados son las estrategias enunciativas por las cuales lo femenino se convierte en objeto discursivo.

---

### ***Éticas de los cuidados y producción de subjetividades de género: los cuidados como performances de feminidad***

Competencias emocionales, como son la empatía, la entrega o el amor, son vinculadas a una supuesta naturaleza femenina, lo que sitúa a las mujeres como particularmente adecuadas para desempeñar la tarea de cuidar. A partir de esta supuesta predisposición a atender a las/os demás se construye su identidad de género. Un importante rasgo que activa el juego de las diferencias y que fija las fronteras entre lo

que define a la masculinidad o feminidad es la cultura emocional. Los rituales que se movilizan para vincular supuestas esencias y topografiar subjetividades promueven que la violación de esta norma social se traduzca en un déficit moral (genera “desconfianza”).

*Sí, pero yo creo que prefieren mujeres, prefieren mujeres porque siempre con los hombres da... Hasta cuando uno ha ido al médico, no quiere que sea un médico, sino una mujer, que sea la doctora ¿no?* T1. C2. E7. (profesional de ayuda a domicilio)

*No, no... Ni mucho menos. Claro, sí, nosotras estamos más concienciadas de que nuestra labor...* T2. C3. E8. (cuidadora familiar)

*Les ha hundido mucho, sobre todo, lo han acusado más los hijos que las hijas. No sé si porque la mujer tiene más capacidad de comprensión hacia las enfermedades o qué. Es que a ellos, ver a su padre así* T3. C4. E10. (cuidadora familiar)

Las construcciones de género participan en la regulación de las interacciones sociales afirmando identidades adscritas a hombres y mujeres. Estas construcciones integran teorías morales acerca de cómo tienen que ser las cosas e inducen subjetividades fronterizadas y clasificaciones entre individuos<sup>53</sup>. Las prácticas que no participan de forma acorde a una supuesta “naturaleza de las cosas” inducen desconfianza. Es la perversión del loco cuyo comportamiento, no acorde al carácter normal de las cosas, cuestiona el orden moral. Si la implicación emocional forma parte, tal y como veremos en un apartado posterior, de la definición del buen cuidado, y la esencia de lo femenino estaría vinculada a este rasgo, el ejercicio de los cuidados, por parte de los hombres, violaría este orden normal. Esta presencia normativa obliga a los individuos a hacer participar su identidad sexual en los procesos de orientación hacia los cuidados. En este sentido, es particularmente interesante analizar cómo se construyen los cuidados cuando estos son ejecutados por un varón. Los extractos siguientes reflejan los testimonios de varones y mujeres sobre qué significan los cuidados llevados a cabo por varones.

*Ya están en residencia, pero esos tres hombres... Había uno que el hombre se veía y se deseaba para planchar. El día que la Ley de Dependencia le concedió una mujer para casa estaba, vamos... Estaba encantado porque claro...* T4. C5. E12. (varón cuidador)

*Él me cocina y todo* T4. C5. E16 (usuaria)

---

<sup>53</sup> Tal y como nos muestra muchas de las escenas reflejadas en los lienzos de El Bosco, las oposiciones entre individuos (por ej. entre “locos” y cuerdos; prudentes y perversos) no solo reflejan el orden *real* de las cosas sino también participan en la definición de la normalidad y moralidad de los comportamientos.

*De siempre. No, de siempre no. Las cosas de... Yo hacía la paella los domingos. De paellas tengo un vicio de la leche. Y ahora hago de lunes a domingo, que me viene muy largo porque eso de guisar es un coñazo (....) Yo... Mi vocación frustrada hubiera sido un buen cocinero como Arzak... Ahora lo hago por narices, pero bueno... T4. C5. E12. (varón cuidador)*

La “desconfianza” que induce esta violación del orden normal de las cosas presenta diversas dimensiones. No es solo un cuestionamiento de un orden moral sino también supone la puesta en cuestión de la confianza en las capacidades y valías individuales. La experiencia de ejercicio de actividades que no corresponden al rol atribuido a las identidades de género se traduce en torpeza, hastío, subordinación.

Si el cuidado de los otros forma parte de la naturaleza femenina, el cuidar es construido como una actividad esencial e inmanente al sujeto (o a la “sujeta”), que sólo reclama, para su buen ejercicio, dejar que la actividad exprese la naturaleza de la persona que la realiza.

*Eso es innato a la persona. Tú te crees que no sabes, pero al final empiezas y lo realizas, mejor o peor, pero lo haces. T2. C3.E9. (cuidadora profesional interna)*

Sin embargo, no es tanto el ejercicio de estas actividades de cuidados (incluso del autocuidado) lo que cuestiona la identidad personal y social, sino las condiciones de su ejercicio. Comparemos los campos semánticos a los que nos remiten en uno y otro caso el ejercicio de las tareas; frente a un campo vinculado a la desapropiación del yo (“se veía”, “se deseaba”, “le concedió”, “me viene muy largo” “por narices”), el segundo campo semántico activa la afirmación personal (“tener vicio”, “vocación”). En el primer caso, es el sujeto alienado (distanciado de sí mismo) cuya experiencia de sí supone un extrañamiento (“se veía”; “se deseaba”). En el segundo caso, alude a una expresión del contenido del yo (“tener”, vocación: acción y efecto *-ation-* de “llamar” *-vocare-*, una inclinación que resulta y sería fruto de su naturaleza). La distancia, en el primer caso, supone no sólo una posición de alteridad, esa actitud de quien se mira a sí desde fuera de forma dialógica, sino, sobre todo, una actitud de extrañamiento, que encarna la presencia de lo “absurdo” (del “sin sentido”). Por tanto, no es el desarrollo de estas tareas lo que cuestiona el orden normal, y, por tanto, la definición de las fronteras y representaciones de este orden, sino las condiciones de desarrollo de estas tareas.

*Les ha hundido mucho, sobre todo, lo han acusado más los hijos que hijas. No sé si porque la mujer tiene más capacidad de comprensión hacia las enfermedades o qué T3. C4. E10. (cuidadora familiar)*

De este modo, en este juego de clasificaciones entre hombres y mujeres, y fronteras entre subjetividades masculinas y femeninas, se atribuye a cada uno de estos una supuesta esencia compartida que explicaría sus competencias y sus facultades y sus experiencias vivenciales. Las actividades que se realizan como parte de los cuidados y que son sobrevenidas son vivenciadas como acciones prescriptivas e impuestas, mostrando así su distanciamiento de ellas y protegiendo, de este modo, su identidad sexual.

Los cuidados serían así entendidos como una actividad que se despliega a partir de una supuesta naturaleza que ordena el mundo y asigna esencias a los sujetos. El cuidar supondría, por parte de las mujeres, responder al orden normal de las cosas. Por ello, las fronteras entre el deber y la elección personal aparecen desdibujadas. Las obligaciones y normas morales se transforman, así, en demandas naturales, y de aquí, a motivos personales. Los cuidados serían presentados como un rasgo propio de la naturaleza femenina. De este modo, convenciones sociales contingentes y procesos sociohistóricos aparecen como regidos por una naturaleza inmutable que se transforma en ley. Se pasa así de definir lo que es natural, a lo que es verdadero, y de esto, a lo que es bueno.

*Yo tengo a mi hermana en mi casa... A mí me ha llenado la vida. A mí... Yo no me quejo de mi hermana. Yo ... para mí... Es que, como la quiero tanto, tanto, tanto es que no me da.. A ver, como te explicaría yo.. Que no me da pereza cuidar de ellas ni nada de nada. Uy, yo me moriría de pena si yo no las pudiese cuidar. Me moriría de pena, que que me pasara a mí algo y que yo no pudiera cuidar a mi madre y a mi hermana. Para mí sería lo peor de lo peor ¿entiendes? Ni me importa que no voy a un cine; ni me importa que no me tome una coca ... (...) las personas que digan: ¡"Qué harta estoy" Yo no. Lo siento en el alma, yo no ... Yo mi niña y mi madre para mí (...) ¿Tú sabes que orgullo para mí eso? Para mí eso es un orgullo, porque yo el día que las pase algo me va a quedar mi conciencia" T2. EA5. (cuidadora familiar a tiempo parcial)*

Este extracto revela la importante impronta de un lenguaje emocional con el que se habla de la vivencia del cuidar. En este detallado repertorio emocional, con el que se expresa (y negocia) su identidad como cuidadora, aparecen claramente diferenciados sentimientos legítimos (la pena, el orgullo, el cariño), de otros que son deslegitimados (la queja, la hartura, la pereza). La queja no es igual que la indignación, ni la hartura que la explotación, ni la pereza que la justicia. Son modos de nombrar las emociones que, al mismo tiempo que califican el estado emocional, cualifican a la persona sintiente.

Esta supuesta "naturaleza" femenina que califica los actos que se realizan explica que la moral de los cuidados se mantenga, en algunos casos, incluso cuando la persona cuidada haya dejado de formar parte del ámbito familiar. Estos estereotipos de género

van a inducir no solo presiones para actuar de forma ajustada a estos, sino que también van a inducir una “performance”, que nos impele a actuar de forma que se confirmen estas expectativas sociales.

*Mi madre también cuida de mi padre. De una manera un poco.. o sea. Mi padre viene a comer aquí todos los días, están separados. Y nada, le da de comer y además le da comida para que se lleve y está pendiente de él. O sea no se puede ir de viaje por ejemplo a Huelva, el día que le apetece, pues precisamente por eso T1. C1. E3 (hijo de cuidadora a tiempo completo)*

La exhibición hiperbólica de actitudes y conductas de entrega, abnegación, sacrificio, forma parte de esta *performance* a la que se someten algunos sujetos cuyo desempeño en los cuidados permite afirmar una identidad moral y una subjetividad de género. Estas situaciones permiten expresar la importante naturaleza socializadora que caracteriza a las emociones. Por ello, una estrategia dirigida a la reformulación de la división social y sexual de los cuidados necesita contar con dispositivos dirigidos no sólo a un cambio en las opciones y recursos para cuidar, sino también que incidan en las culturas morales y emocionales que regulan las actividades sociales. Por ello, en un segundo apartado, va a analizarse el impacto que la hibridación de lógicas, actores y dinámicas de cuidados, exacerbada por la LAAD, haya podido tener en la reformulación de las normas culturales que articulan la ética de los cuidados. El estudio de las vivencias asociadas a esta situación, que reclama una rearticulación emocional (la delegación del cariño), podría resultar particularmente adecuado para identificar una posible recomposición de los *aprioris* en torno a los cuidados.

Como veremos, la presencia de la LAAD, en los escasos casos en los que se manifiesta, no recompone estos rituales consagradores de diferencias, sino que induce su recomposición. La desestabilización del rol esposa-madre-hija no implica necesariamente un cuestionamiento de la feminización de los cuidados, sino más bien una redistribución de los cuidados entre las mujeres, estableciéndose una jerarquía muy delimitada en las versiones de ser mujer y un reordenamiento de la feminización de los cuidados. Otras mujeres migrantes o trabajadoras de los cuidados que integran nuevas figuras profesionales se incorporan a la tarea de cuidar, modificando las lógicas mercantil/familiar, o privado/público, tal y como veremos en un apartado posterior, sin que esto implique necesariamente un cuestionamiento de las representaciones en torno al orden de género.

## 9.2. LA DELEGACIÓN DEL CARIÑO<sup>54</sup>

Los cambios que se están induciendo en las familias promueven una progresiva delegación de las funciones de los cuidados y de las actividades tanto materiales como inmateriales que se realizan en los hogares a terceras personas (niñera, asistente, tintorera, etc.; Hochschild, 2008, Himmelweit, 2011). Estas nuevas fórmulas inducen la necesidad de trascender las dicotomías público/privado, profesional/familiar, hogar/residencia, altruismo/egoísmo, etc., que han articulado el orden convencional de género, y reconfiguran el panorama de los cuidados, pudiendo dar lugar a nuevas representaciones y divisiones del mundo social. Asistimos a un modelo híbrido de organización social de los cuidados que podría haberse acentuado con la publicación de la ley de dependencia y que combina la institucionalización de este riesgo social, con la familiarización y la mercantilización, a partir de fórmulas mixtas como son la ayuda a domicilio, la asistencia personal o la prioridad otorgada a la prestación monetaria en el entorno familiar.

El estudio de las diferentes prácticas en las que se combinan la familiarización, la mercantilización y la institucionalización, y de los modos como se construyen los procesos de recomposición de las obligaciones sociales y morales, permite examinar el potencial transformador de esta pugna política en torno a la cuestión de los cuidados, que podría haberse exacerbado con la publicación de la ley de dependencia y la posible reconfiguración del orden social de género. Las fronteras entre el ámbito mercantil y familiar devienen difusas, y, con estas, también los principios que las definían (y, aparentemente, distinguían). Esta situación induce una nueva topografía emocional vinculada a los cuidados. Las emociones y los afectos dejan de ser cualidades inherentes al ejercicio de los cuidados que se desempeña en el ámbito familiar, para pasar a ser recursos que hay que gestionar en el seno de espacios de cuidados profesionalizados. La idealización de los principios asociados al rol de la *esposa-madre* (Hochschild, 2008) (y por derivación, también de la hija-cuidadora) permanece incuestionada en los arreglos informales que se definen en el seno de las familias, pero comienza a convivir con la incorporación de lógicas mercantiles.

Las posturas ante estos cambios y las ambivalencias que genera este nuevo estilo emocional híbrido configuran un nuevo escenario de representación de los cuidados. Sin embargo este escenario no es estático sino intensamente dinámico, convirtiendo a los cuidados en actividades en continua redefinición. Esta situación puede inducir una revisión de los aprioris que se articulan en torno a las divisiones sociales entre

---

<sup>54</sup> La redacción de este capítulo ha corrido a cargo de A. Artiaga Leiras y A. Serrano Pascual

cuidados familiares y cuidados profesionales, cuidado de sí/cuidado de otro, o altruismo/obligación. Por ello, es preciso observar las ambivalencias, las pugnas semánticas, los desplazamientos de sentido y las construcciones hegemónicas que se instalan en las nuevas representaciones de los vínculos entre los cuidados y el amor.

El análisis de las prácticas de delegación del cariño permite evidenciar, de forma manifiesta y explícita, tanto la definición del buen cuidado como sus límites, sus bases morales y las contradicciones que se inducen en su seno. En primer lugar, nos centraremos en identificar los ejes que definen al *buen cuidado*. Cuando los cuidados dejan de ser actividades dadas por descontado, cuestiones como la identificación de los criterios que hacen a estas actividades aceptadas y aceptables (buen cuidado) adquieren una mayor relevancia. Estas definiciones acarrearán no solo la delimitación de lo que supone que es el cuidado sino también inducen la enunciación de un deber ser, de las obligaciones morales vinculadas a los cuidados. El marcador semántico que cualifica el buen cuidado viene dado por la inversión emocional que participa en la actividad de cuidar. Esta definición integra, a un mismo tiempo, la delimitación del espacio adecuado para cuidar (el hogar) y una distribución social de las responsabilidades frente a los cuidados (quién/es es/son el/los encargado/s de su desempeño), tal y como vimos en el apartado anterior.

En segundo lugar, tal y como veremos, forma parte de esta afirmación normativa la tipificación de una serie de espacios de (del buen) cuidados, jerarquizados normativamente, cuyo contenido definicional se articula en base a la distancia de una norma incuestionable, aquel realizado por los familiares (mujeres) más cercanos al sujeto vulnerable.

En tercer lugar, nos detendremos en las contradicciones y paradojas en las que se incurre ante esta delimitación del buen cuidado, particularmente explícitas y notorias tras su delegación a terceros. Estas contradicciones vendrían definidas por las ambivalencias que fomenta la definición normalizada del cuidado entre una regulación moralizante que hace de su ejercicio en el seno familiar un deber moral y, por otro, los riesgos vulnerabilizadores que acarrearán estas lógicas de enraizamiento cultural en la familia que pueden limitar el ejercicio de los cuidados. Otro ámbito que genera un importante número de contradicciones es su desplazamiento entre una afirmación de identidades de género que hace de los cuidados una actividad performativa donde se busca reconocimiento, y las lógicas de ejercicio de los cuidados que producen una profunda intensificación del trabajo y, con esta, una desapropiación del control de la persona de su propia vida.

Estas contradicciones no se transforman, sin embargo, en aporías políticas, sino que son vivenciadas como dilemas morales, susceptibles de ser gestionados en el seno de las familias. Por ello, las contradicciones sociales que puede desencadenar una

situación de delegación de los cuidados, no se ven acompañadas de un replanteamiento de las bases morales y sociales que delimitan y configuran la atribución de responsabilidades, sino que se readaptan a esta situación. De este modo, la capacidad transformadora de una intervención política como la LAAD, basada en su potencial para reformular un orden moral y de evocar una nueva normalidad en donde el Estado, en representación de la solidaridad colectiva, asume la responsabilidad de responder a esta situación de vulnerabilidad, va a verse muy restringida.

---

### *La demarcación simbólica del buen cuidado*

La definición del buen cuidado y la negociación de esta definición se hace particularmente explícita en situaciones en donde el cariño, marcador simbólico que cualifica y delimita al buen cuidado, es delegado. En esta situación de cariño delegado se inducen complejos procesos de recomposición del orden simbólico que, sin embargo, no permiten su cuestionamiento sino que, más bien, lo refuerzan bajo unas nuevas premisas.

Una cuestión importante que resulta del análisis de los cuidados es la complejidad de las dimensiones que se ponen en juego en esta actividad. Por un lado, podríamos diferenciar, atendiendo a la naturaleza de los cuidados, entre una concepción de estos como un *estado de actividad* (labor, tareas, trabajo) o como un *estado afectivo* (emoción, afecto, amor) (Thomas, 2011), no necesariamente desvinculados. En la representación social del buen cuidado, tal y como se pone de manifiesto en los estudios de caso analizados, el carácter afectivo y las lógicas vinculadas con lo emocional adquieren un estatus simbólico de gran relevancia. Los criterios que acreditan y certifican la calidad del “buen cuidado” vienen definidos por la intensidad emocional que acompaña a su ejercicio. Este modelo implícito para cualificar el buen cuidado acarrea una reproducción del orden de distribución de las tareas entre hombres y mujeres (y sus espacios de representación).

Sin embargo, los cuidados integran también otro tipo de dimensiones vinculadas a un orden identitario y expresivo y que implican estructuras sociales de interacción que delimitan y configuran los límites de los cuidados, como son aquellas prácticas vinculadas con actos de autoridad/autorización, por parte del cuidador, con los que dictar la identidad y posición del sujeto cuidado (la producción de verdad sobre su dependencia).

*...“ella no se da cuenta de que tiene 86 años” T1. C1. E1. (cuidadora familiar)*

Esta dimensión será objeto de un exhaustivo análisis en un apartado posterior. Esta multiplicidad de dimensiones que caracterizan a estas tareas explica que los



contenidos y los límites de los cuidados no estén definidos, sino que sus contornos permanezcan permanentemente abiertos (sobre todo en las primeras fases de la relación de cuidados), objeto de una actividad incesante de negociación entre ambas partes.

*“Y quiere hacerlo todo. Te digo que tenemos la bronca. Y luego, eso si, lo hace todo mejor que nadie y te dice: “Eso es una porquería, eso está muy mal. Yo lo hago mejor”. Y claro, yo me cabreo.”* T1. C1. E1. (cuidadora familiar)

La interacción de estas tres variables, la satisfacción de necesidades de abastecimiento, la respuesta a requerimientos emocionales (de ambas partes) y las vinculadas con demandas identitarias (también en ambas direcciones), hacen de los cuidados prácticas multiformes.

A la hora de diferenciar entre estas dinámicas y lógicas de los cuidados, un criterio fundamental de división de un orden de sentido es el modelo de cuidador. Si la inclusión de una dimensión emocional se da por descontado en el caso de los cuidados otorgados por cuidadores familiares, este no es el caso en cuidados realizados por cuidadores externos a la familia. En este caso, la apelación al contenido emocional de los cuidados va a ser fundamental para la legitimación de estos. Por ello, esta importante dimensión del contenido emocional de los cuidados aparece de forma particularmente explícita cuando los cuidados se realizan bajo acuerdos y lógicas ajenas a los compromisos propios de las micro-solidaridades familiares.

*Yo creo que los profesionales tienen un cometido y los familiares tienen otro. Porque una persona de la calle que venga, por ejemplo, a hacerla una hora compañía o a leer no le puede transmitir lo que le transmite una persona que la quiere con todo su alma. Y yo creo que eso es así. O sea, por mucho que esa persona tenga una sensibilidad especial, yo creo que eso no se lo puede transmitir porque no le duele y no lo siente como un familiar directo de esa persona, como pueda ser mi padre o como pueda ser yo. Yo creo que eso es así* T2. EA5. (cuidadora familiar)

*Pues cuidar no sé, ayudarle, darle cariño; hacerle lo que necesita... Sus comidas; si tiene que ir al médico acompañarlo; estar con ellos* T2. C2. E8. (Cuidadora familiar).

Forma parte de los rituales que demarcan y delimitan el buen cuidado la activación de un marco que apela a emociones como pueden ser la con/m-pasión (“no le duele”, “no lo siente”), que reclaman la trascendencia y objetivación del yo, un ejercicio de alteridad y comunión emocional observada como monopolio exclusivo de los miembros de la familia. La solidaridad intrafamiliar se alimenta de esta activación emocional que permite establecer una comunidad compartida de sentido, en donde las emociones juegan un papel hegemónico. La con/m-pañía (“hacerla compañía”;

etimológicamente, compartir el pan) no es equivalente a una comunidad emocional. Cuando la compañía se “hace”, como un acto productivo más, pasa a otro orden semántico. La compañía se “hace” (una persona “de la calle”), el cariño (familiar) se “da” (es un “don”). La “calle” y la “familia” se configuran, de este modo, como dos espacios semánticos contrapuestos. Aunque “la calle” supone una demarcación topológica (la calle frente a la casa, el hogar), mientras que la familia apela a una territorialidad socio-institucional basada en el parentesco (lo que denota familiaridad y confianza), con esta diferenciación de marcos se contraponen un espacio de cuidados vivenciado en términos de “cercanía” (y formando parte de este campo semántico, el calor, lo compartido, el vínculo) frente a otro marcado por la “distancia” (frio, vacío, instrumental).

De este modo, en el caso de cuidadores familiares, los vínculos emocionales (el intercambio afectivo intenso) son los criterios que se presentan como obvios y no problematizados (“eso es así”) en la delimitación de la relación de cuidados. En el caso de los cuidados extrafamiliares, esta apelación a la inscripción del afecto en la actividad del cuidar se realiza de forma más compleja. Supone, en muchos casos, la incorporación de marcos que apelan a la solidaridad familiar, lo que impele al cuidador a establecer una analogía entre esta relación laboral y una relación familiar. Esta situación de evocación de un marco interpretativo familiarista puede también haberse producido por la situación de interacción propia de una entrevista que puede transformarse y desencadenar un sutil (pero no explícito) proceso de rendición de cuentas.

*Sí. O sea de ayudar a una persona que se quiere pues lo veo...Lo veo bien T1. C2. E4 (cuidadora familiar).*

*... No solamente a limpiarles, a atenderles, sino a darles cariño, también. Entonces, como uno se acuerda de nuestra madre, de... Digo: “Ojalá, haya quién la cuide a mi madre...” o yo también voy para esa edad y también, ojalá, algún día, así, lo que yo estoy haciendo, pues ahora, igual tenga una recompensa más tarde, con mis hijos, que me cuiden así T1.C2. E7. (Profesional de ayuda a domicilio).*

La representación del cuidado queda atrapada por marcos y lógicas familiaristas, incluso cuando este se realiza en ámbitos extrafamiliares. Un buen cuidado (profesional o no) es representado como aquel al que se incorporan las morales familiares. Por tanto, la incorporación en las dinámicas profesionales de las expresiones afectivas que se reclaman en el ámbito familiar forma parte del *deber ser* del cuidado. Estas situaciones, que atraviesan las fronteras entre lógicas y espacios sociales (familiar/profesional) considerados antagónicos, plantean dilemas en las representaciones de los cuidados. La atención por parte de la familia es construida, en muchas ocasiones, acudiendo a metáforas topológicas, que hacen del espacio familiar

un lugar seguro, cálido, protegido; y cuyo alter ego sería la atención profesionalizada, interpretada como fría e impersonal, vacía de emociones. La presencia de un estilo emocional<sup>55</sup> que no se corresponde con el que se ha asociado, y regulado, el cuidado – empatía, entrega, etc.- es interpretado como vacío emocional, aunque esta práctica social pueda inducir y acompañar gran número de otras emociones.

*Bueno, un familiar me gustaría. Si tuviera hijos, mis hijos. Y si no, tampoco puedo exigir a mis hermanos o a mis sobrinos que me cuiden, o ¿no? Lo que sí quiero es que no me gustaría ir a una residencia. No me gustaría estar institucionalizada. Y me gustaría estar con la gente que me de cariño, o sea, cariño y atención T1. C2. E6. (Profesional de teleasistencia).*

*Ella era lo que quería eso es lo que quisimos. También te digo que si mi tía cae como cayó mi madre, de esta forma, no... la intentaría llevar a una residencia. No es mi madre. T1. C1. E1 (cuidadora familiar)*

Esta asociación semántica entre cuidados y ámbito privado o familiar explica que las situaciones de delegación del cuidado de personas próximas puedan ser construidas como situaciones anómalas que reclaman un proceso de justificación y legitimación social, particularmente notorio ante sujetos cuyo vínculo de parentesco es de primer grado.

---

### *Espacios jerarquizados de legitimidad del cuidado*

Si los cuidados que se realizan en el seno de la familia son construidos en muchas ocasiones como un ideal, cómo se vivencia la delegación del cuidado a actores extrafamiliares. A la hora de definir la construcción de legitimidad y sentido a la delegación del cariño, una cuestión importante es la estructuración y diferenciación social de estas estructuras de sentido. Las fronteras entre la familiarización y la mercantilización o institucionalización de los cuidados dependen de los grupos sociales. El recurso a la profesionalización es vivenciada, por parte de algunos grupos sociales como “no opción” (aquello a lo que uno se ve abocado cuando no queda más remedio). Sin embargo, en otros grupos sociales en donde se valora el estatus profesional y/o que a menudo cuentan con servicio profesional para atender las tareas

---

<sup>55</sup> Eva Illouz define “estilo emocional” como “la combinación de modos como una cultura comienza a “preocuparse” por ciertas emociones y crea “técnicas” específicas- lingüísticas, científicas, rituales- para aprehenderlas” (Illouz, 2010: 28). Consideramos que la cultura emocional que ha caracterizado el ejercicio de los cuidados favorecía la expresión de emociones vinculadas al reforzamiento y ritualización de las relaciones familiares, actuando como importantes mecanismos de cohesión familiar.

domésticas o ser apoyados en los cuidados en el ámbito familiar, se ejerce una menor resistencia a la mercantilización de los cuidados familiares.

Vinculado a una definición del buen cuidado, los testimonios de distintos cuidadores diseñan diversos espacios morales de los cuidados en donde se ponen en juego un complejo intercambio de obligaciones y preferencias: la familia cercana (“mis hijos”), la familia menos cercana (“mis hermanos”, “mis sobrinos”), los cuidadores externos que se incorporan al hogar (“profesionales”), los espacios mixtos y la institución (“una residencia”). En términos de ideal de cuidados, los espacios más cercanos a la familia son aquellos en donde obligaciones y preferencias parecen conjugarse sin ambivalencias. No ocurre lo mismo en el espacio intermedio: el cuidado por parte de familiares más distanciados del núcleo simbólico (“hermanos”, “sobrinos”) aparece como deseado a nivel personal pero ilegítimo a nivel moral (“no puedo exigir”). El tercer espacio sería una situación mixta en donde confluyen cuidadores familiares y profesionales. En el otro extremo, tendríamos el espacio que representa el *alter ego* del ámbito familiar, y, por tanto, el espacio del “no cuidado”. Cuidar es así mucho más que atender. Supone, sobre todo, poner en juego los afectos.

*Pero yo sí querría que me cuide un hijo o una familia cerca mía, con amor... Él me puede dar más amor que otra persona ¿no? Bueno, o si no, también, a veces, dicen que la persona ajena, a lo mejor, da más amor* T1. C2. E7. (Profesional de ayuda a domicilio)

Los cuidados profesionalizados pueden ser ubicados en un registro emocional que puede contrastar o incluso oponerse al familiar, emplazando a ambas esferas en dos espacios separados y diferenciados. Esta separación expresa una inquietud por la desestabilización y crisis del rol de madre-esposa (por la incertidumbre ante la continuidad de otras figuras familiares que cubran esta necesidad) y por la necesidad de posicionarse ante los cambios en los modelos de cuidados en el seno de las familias. La instrumentalización económica, la búsqueda de eficiencia, etc., son ejes que, tal y como destaca Eva Illouz (2010), definirían los repertorios culturales propios del espacio profesional, representando modelos de sociabilidad contrapuestos al modelo familiar.

Por tanto, si bien hay una diferenciación social en la aceptación de la incorporación de actores extrafamiliares para la provisión de cuidados, una característica transversal es una evaluación diferencial de las dinámicas y organización de los cuidados en función de la cercanía que se establezca a la norma familiar. Por eso, las figuras profesionales que ejercen su actividad profesional en el ámbito privado del hogar, como la Ayuda a domicilio o las empleadas del hogar contratadas como internas o externas, adquieren un papel ambivalente. La participación de actores externos a la familia en la provisión de cuidados se valora positivamente, en tanto en cuanto se considera como un apoyo y no tanto como algo sustitutivo.

*En estas condiciones a mí no me interesa que llegue una persona para ducharlo porque eso yo lo puedo hacer. Ahora, luego sí me puede interesar que haya una persona con él, a la que yo conozca, que sea de confianza -no una persona que me manden nueva- que él no conoce y que la rechace... Entonces, sí me interesa lo que he solicitado: una ayuda económica para yo poder tener a esa persona y yo evadirme un poco de estar las 24 horas del día con él porque ahora pues bien, pero ha tenido temporadas que se levantaba a las 3, se levantaba a las 4 horas, se empezaba a vestir (...) que hubiera un poco más de ayuda en ese aspecto para personas que todavía se las puede manejar dentro de un orden T3. C4. E10. (cuidadora familiar)*

*Viene una chica. Es que la casa es muy grande, desde luego T1. C2. E5. (Usuaría de la LAAD).*

*Pues mira, si el grado de dependencia es muy grande, indudablemente, tienes que ir al profesional. Pero claro, el familiar siempre presta su... Siempre presta su atención. Pues es una atención que tampoco se la puede dar el profesional. O sea, ¿qué es mejor...? Es que la verdad es que son complementarios ¿sabes? Nosotros, ya te digo, personalmente, nosotros no lo podemos atender T2. C3. E8 (cuidadora familiar).*

En este sentido, una cuestión central en estos procesos de desfamiliarización de los cuidados es la definición de las fronteras que delimitan qué actividades o contenidos de los cuidados son susceptibles de ser delegados. Una dimensión vendría definida por el contenido del cuidado, mostrando una mayor legitimidad la gestión técnica de los cuidados que la dimensión emocional. Una segunda dimensión tendría que ver con los espacios del cuidado. La definición de espacios íntimos delimita fronteras para la intervención reparadora cuyo traspaso requiere la activación de rituales complejos. El contexto social y cultural influye en las representaciones sobre qué actividades de cuidados se pueden delegar a personas externas de la familia, y cuáles son demasiado íntimas para que se externalicen.

*Aseo de mi madre porque mi madre no acepta que le haga el aseo otra persona. No lo lleva bien Pues todo eso es un poco lo que nosotros hacemos, ¿sabes? T2. EA5*

Los límites y fronteras del cuidado dependen también, en gran medida, del grupo social. En algunos casos, muchas de las actividades materiales e inmateriales de los cuidados se externalizan, de modo que un cuidador externo a la familia responde de la manutención, la limpieza, el cuidado del cuerpo de la persona con especial vulnerabilidad, etc. Si el grado de externalización es alto, los cuidados que provee la familia pueden convertirse en una tarea de gestión de cuidados a distancia, en una labor consistente particularmente en la supervisión y control de estos (Cano, 2013). En familias con mayores recursos económicos, en donde los cuidados son descentralizados, cuidar significa invertir dinero en que te cuiden. En estos casos, se

generan una descentralización de las dinámicas de intensificación del trabajo que caracterizaban a las tareas de las cuidadoras familiares, al ser dirigidas hacia otras personas, generalmente mujeres inmigrantes, que ejecutan una compleja tarea de cuidados en un vínculo simbiótico con el sujeto que es objeto de estos cuidados. La persona encargada de ejecutar los cuidados se convierte en un apéndice de la persona que cuida y en un anexo de las personas del hogar, ya que la tarea reclama una disponibilidad total para responder a cualquier necesidad básica para la supervivencia.

*Viene a las cinco, cuando se va esta chica y se va a las ocho, que es cuando nosotros... Que es cuando le acuesta, le deja acostado. Y viene al día siguiente, por la mañana, a las 10:30 horas para levantarlo. Ya se está en casa todo el día, pues para levantarlo, ducharlo, afeitarlo, que se lave los dientes... Todas sus cosas de su aseo personal. Si quiere ir al cuarto de baño durante el día pues lo lleva también. Luego le da de comer. En casa presta una ayuda al jaleo familiar, como si dijéramos T2. C3. E8. (cuidadora familiar).*

*Yo estoy las 24 horas aquí. Como siempre la señora no está todo el rato al lado y yo tengo que estar atenta T2. C3. E9. (cuidadora interna)*

La externalización de los cuidados en algunos casos no implica un cuestionamiento de la familia tradicional, ni tampoco una revisión del género de los cuidados. El deber moral de ejecutar los cuidados por parte de las mujeres de la familia se traduce en la obligación de organizar la provisión y la contratación de los cuidados en la familia.

De este modo, se establecen dos criterios que delimitan la definición del buen cuidado. El espacio de provisión de los cuidados, y no solo el actor que los provee, definen al "buen cuidado". El hecho de que los cuidados se realicen en el hogar, aunque sea por parte de otras personas, se conceptualiza como *cuidado personal*.

*Yo también, en el fondo, muchas veces digo, tengo la satisfacción de poderle cuidar. Y le cuido yo. Poderle cuidar sus últimos momentos ¿comprendes? O sea, que eso... Está claro, la satisfacción es esa. Y, luego, los inconvenientes, claro, pues muchos porque hay muchas cosas además que dices es que ya es el más, el más... Porque claro, pues tienes que estar atenta a gestionar las personas que están a su alrededor, porque claro, ahora no es fácil. Porque yo por ejemplo, esta chica lleva en mi casa cuatro años y medio ya, casi desde que está aquí y lo maneja muy bien, pero es la persona en la que confiamos. T2. C3. E8. (cuidadora familiar).*

*Me toca salir con ella a dar un paseo (...) Y ya por la tarde tengo full time. Y sábado domingo full time. Y el domingo por la noche ya reventado y hasta los huevos. Pero bueno, es así... T4. C5. E12. (cuidador varón)*

*O sea, el problema mayor es de la atención de las ayudas que puedas tener porque claro, mi hijo, probablemente, no está para estar en una casa. Pero, francamente, mientras nosotros podamos pues aquí estará porque... Iremos buscando si no uno, otro y ya veremos a ver cómo nos las arreglamos. Ahora, pero que es un problema...* T2. C3. E8. (cuidadora familiar).

La externalización de los cuidados a personas ajenas a la familia es una práctica cada vez más extendida, llevada a cabo no sólo por parte de familias con recursos, sino que por un grueso cada vez mayor de población. La posibilidad de mantener los cuidados de una persona en el seno del hogar, en el caso de una cultura como la española fundamentalmente familiarista, es una opción elegida por gran parte de las familias para atender a personas en situación de mayor vulnerabilidad.

De hecho, tal y como se ha visto en un apartado anterior, en España el trabajo doméstico representa en torno al 5% de la ocupación, superando en gran parte a otros países de la Unión Europea cuya media está en un 1% (García Sainz, et al.; en prensa). La polarización de ingresos y la ausencia de alternativas públicas refuerza la dinámica de contratación de trabajos escasamente remunerados generando, a su vez, mayor desigualdad social. Ante esta situación, gran número de personas contratadas para la realización del trabajo doméstico y de cuidados son aquellas que están ubicadas en las posiciones de mayor vulnerabilidad en la escala social, como pueden ser personas migrantes.

En aquellos casos en los que los cuidados se realizan por cuidadores/as extrafamiliares, son mayoritariamente las mujeres las que se hacen cargo de la tarea de organizar y seleccionar a las personas encargadas de su realización.

*Te digo, yo por la mañana, en mi casa, por la mañana, atiendo mi casa, la organización de mi casa porque tengo ayudas. Tengo la ayuda para Miguel y luego tengo una ayuda por las mañanas para..., que teníamos nosotros antes de venirse él enfermo a casa. Entonces, yo, un poco, me ocupo de la organización de la vida, de la organización de todos los que viven en mi casa (...) me ocupo, pues de gestionarle todos los papeles; de administrarle sus gastos porque claro, él tiene una pensión de invalidez... De organizarle sus gastos...* T2. C3. E8. (cuidadora familiar).

Son muy notorias las diferentes experiencias temporales que tienen las mujeres que externalizan casi todas las tareas de cuidados, de aquellas cuyas posibilidades u elecciones morales de delegar estas actividades son aún incipientes. En los grupos sociales más desfavorecidos, esta tensión entre tiempo donado y tiempo propio o relacional es aún mayor. Por el contrario, las clases más acomodadas pueden comprar el tiempo de otras personas para reducir el tiempo donado de los cuidados y aumentar el tiempo propio o relacional.

*Le digo a mi marido -mira que de verdad que de dinero hoy en día estamos mal todos- Estoy tan mal de tiempo como... Las dos cosas. Me escasea el dinero y el tiempo (...) Pero la verdad es que desde que cayó mi madre mala llevo para cuatro años que va a hacer ahora en julio que no... Tengo el tiempo justo para lo que hay que hacer. Para mí, salir... No lo tengo T1. C2. E4. (cuidadora familiar).*

*El cuidado de mí misma, pues mira sí, afortunadamente, no es que me pueda cuidar, pero sí que me cuido... Atiendo a mí persona en cuanto a ropa y todo eso. Tengo ratos para salir a comprarme lo que quiera y luego pues atenderme de peluquería y de todo eso, pues también... En este momento me encuentras horrible porque... Sí, porque he ido al dermatólogo, me han quitado aquí una cosita y no he podido ir a la peluquería, pero vamos... Me cuido lo mejor que puedo (...) Muchísimo. No lo puedo cuantificar, pero muchísimo porque en realidad yo si no tuviera que cuidar a todos los de mi alrededor me podría dar la vida padre, pero... Porque afortunadamente estamos bien los dos todavía y eso... Pero, ¿cuántas horas? Pues no lo sé, pero bastantes, sí, muchas... Si me paro a pensar digo dos, tres, una cosa así, no sé... T2. C3. E8. (cuidadora familiar).*

*La organización de la vida, de la organización de todos los que viven en mi casa y luego, pues, a última hora de la mañana salgo a hacer una compra o a pasearme con mi marido (...) Tienes que estar atenta a gestionar las personas que están a su alrededor (...) movimos Roma con Santiago para .... Porque claro, bueno, él tiene una pensión y tiene una pensión buena... T2. C3. E8. (cuidadora familiar)*

Se genera así una estructuración social jerarquizada de distribución de los tiempos y de las normas en torno a sus modalidades de consumo. Una representación del cuidado que en algunas capas sociales activa una cultura moral del altruismo y entrega desinteresada que en su expresión hiperbólica aparece presentada como una desapropiación no conflictiva del yo, contrasta con la representación que mantienen otros grupos para quienes el cuidado es construido como una actividad de gestión técnica del tiempo y de la actividad multiforme que reclama la atención de cuidados.

---

### ***Ambivalencias y contradicciones en torno a la disputa de qué significa cuidar***

¿Cómo entonces conjugar un repertorio emocional que relaciona los cuidados con el intercambio emocional que caracteriza las relaciones familiares y, por tanto ubica a los cuidados en el seno de la familia, con las nuevas prácticas híbridas de cuidados? ¿Cómo lidiar con las demandas morales del sujeto *desapropiado* que han regulado las éticas tradicionales del cuidado con el individuo autocontenido propio del individualismo posesivo contemporáneo? Las expresiones de esta contradicción simbólica adoptan diversas modalidades.



En algunos casos, la subcontratación y descentralización del amor, entendida como desfamiliarización de los cuidados, es juzgada como un déficit moral. Aparece como una amenaza que puede poner en cuestión el compromiso de solidaridad intergeneracional. Se da por descontado que las emociones participan de una expresión y entrega desinteresada, que caracteriza las normas de regulación de las interacciones familiares. Por ello, una posible instrumentalización de las emociones y su asociación con una mercancía que se vende y se compra en el mercado las desvaloriza. La delegación del cuidado a instituciones es vivenciada como una deshumanización en la gestión del cuidado.

*No, la ayuda que tiene. La ayuda que tiene y los hijos que hacemos cada uno lo que podemos. Está bien de momento* T1. C2. E4. (cuidadora familiar).

*Bueno, a veces, no se dan cuenta en las residencias cómo los tratan* T1. C2. E7. (Profesional de ayuda a domicilio).

*Le solicitamos el centro de día que me daba mucha pena que se fuera a las 8 horas de la mañana, pero es que no había otra historia.* T1. C1. E1. (cuidadora familiar)

El imaginario que activa la mercantilización y la institucionalización del cuidado se distanciaría de la idealización del papel de la madre-esposa-hija y de la provisión de cuidados y del amor en el ámbito del hogar y de la familia (mujeres). En el horizonte de esta situación, está la pregunta que, apelando a la moral, pone en cuestión qué aspectos del amor o cuánto cariño se puede proveer por servicios públicos profesionales o por empresas privadas y que cuestiona la regulación del afecto por principios propios del mercado.

*No sé si me ayudarán o no. Yo por ellos he hecho lo que he podido y lo seguiré haciendo, ahora, ellos por mí no lo sé* T1. C2. E4. (cuidadora familiar).

*Y entonces, yo mientras pueda el estar con él, antes de meterle en un sitio... Ya no te digo un centro de día porque eso con el tiempo llegaré a hacerlo porque es mucho trabajo y yo también voy para mayor* T3. C4. E10 (cuidadora familiar).

*...Lo principal para mi es que mi mamá esté limpita. Que mi mamá no tiene ni una escara. Que cuando vienen los médicos se quedan, alucinados, porque dicen: "es que no he visto una viejita que no tenga ni una escara"* T2. EA5. (cuidadora familiar)

*No quiero ser una vieja que huela a meado ni que me llevéis a un asilo. Bueno pues la tuvimos muy limpita y la tuvimos en casa...* T1. C1. E1. (cuidadora familiar)

El espacio extra-familiar es construido en términos de abandono. El asilo, como las leproserías que analiza Foucault, recibiría e incorporaría a los sujetos expulsados de la

sociedad, sin vínculos sociales ni hogar. El hogar representa la continuación de sí mismo, y las paredes de la casa se convierten metonímicamente en las murallas del cuerpo del sujeto. El cuidado en instituciones ajenas a la vivienda familiar puede ser vivenciado como un desahucio social. Ser expulsado del hogar puede significar ser desterrado de su dignidad, ser convertido en objeto deshumanizado. El rito vinculado al cuidado familiar purifica (“muy limpita”) afirmando un sentido de pertenencia. El *asilo* es el espacio de los condenados al ostracismo que marca a la persona (“huele a meado”) y la convierte en *extraña*.

*Ella estaba en casa, estaba feliz y mi madre estaba bastante más tranquila.* T1. C1. E3. (hijo de cuidadora familiar)

*Todavía sigue estando esto de una residencia es para los enfermos o “no voy a ir a una residencia porque si no como que nade me va ..., no me quieren, ¿no?, es como “Me dejan ahí”* T4. C5E14. (terapeuta ocupacional, centro de día).

Las paredes del hogar se convierten en metáforas del espacio interior donde se produce el sujeto (Berenguer y Hortoria, 2013). Ser expulsado del hogar, significa ser expropiado de su esencia, de su intimidad y de su mismidad.

Este rechazo a la incorporación de lógicas ajenas a la familia y al hogar en el ámbito de los cuidados se construye, no obstante, de forma ambivalente. Al tiempo que se señala este rechazo a la incorporación de un repertorio mercantil en la práctica de cuidados, la posibilidad de delegar algunas tareas de cuidados puede ser experimentado como una condición liberadora de las relaciones políticas que este intercambio socioemocional integra.

*Porque por ejemplo viene todos los días. Yo no tengo que ducharla que eso era uy... Lo pasaba hasta mal digo “me va a subir hasta la tensión” porque es que no quería. Pero que no se quería meter en la ducha. Estaba una hora ahí dando vueltas y yo digo: “Mamá, si mañana tengo que trabajar ¿sabes todas las cosas que tengo que hacer? Y que tenga que perder aquí dos horas...” ahí mirando a ver si se quería meter en la ducha que no quería. Y empezaba a dar gritos y no quería. Y ahora la chica pues viene, la ducha y nada, tan contenta. Yo no sé...* T1. C2. E4. (cuidadora familiar)

*Para que salga con él a caminar, que trabaje un poco con él porque yo, por ejemplo, si me pongo con él, pero a mí como que no me hace tanto caso. Eso es normal.”* T3. C4. E10. (cuidadora familiar)

Tal y como hemos visto en un momento anterior, los cuidados integran no solo una dimensión de apoyo físico y emocional, sino que también constituye una relación con fuertes componentes expresivos y políticos. Por ello, este intercambio emocional pone en juego no solo dimensiones vinculadas con el amor o la empatía, sino también la

expresión de resistencias y frustraciones (“me va a subir hasta la tensión”; “empezaba a dar gritos”) fruto de la imposición de modalidades de cuidados (“meterse en la ducha”) no siempre aceptados. Por ello, las dinámicas familiares generan contradicciones no sólo vinculadas a conflictos entre demandas, con frecuencia, contradictorias ante los dobles roles (por un lado, rapidez y eficacia, y, por otro, una atención personalizada y de gran calidad), sino también a lógicas y posiciones de poder. Estos espacios de ejercicio de los cuidados se construyen en función de dos marcos referenciales, uno vinculado con el ámbito de lo íntimo, ajeno a este intercambio político, frente a otro que apela a un imaginario profesional, en donde una intervención técnica facilita un tratamiento despersonalizado en donde no cabe la negociación emocional. La personalización y cercanía permite optimizar la tarea, pero también puede desproveer de poder.

En segundo lugar, frente a la estandarización y protocolización de los procedimientos profesionales de ejercicio de los cuidados, el repertorio “familiarista” destaca el carácter individual, personalizado, y, por extensión hiperbólica, “humanizado” de la práctica informal de cuidados. La idealización del modelo de cuidados de madre-esposa-hija y la representación de los cuidados en el ámbito emocional, que vincula los cuidados con la gestión de los afectos, refuerza, en ocasiones, un marco de sentido que construye a la vulnerabilidad de las personas como un riesgo individual. Por tanto, su espacio natural se correspondería con el ámbito de lo privado, de las responsabilidades familiares, y por tanto de las mujeres, orientadas “por naturaleza” hacia los cuidados.

Frente a procedimientos normalizados y burocratizados, con el que se construye y significa el repertorio profesional, la relación de cuidados familiarista acude a la narrativa de la exclusividad. Según esta, las cuidadoras familiares se insertan en una relación de *exclusividad afectiva* fundamentada en una intensa inversión emocional y, con esta, se induce una importante transferencia empática, que motiva una narrativa de la exclusividad. En una traslación amplificada de una vivencia del cuidado como una relación individualizada, exclusiva e irrepetible, el sujeto cuidador se erige en detentador de un monopolio exclusivo de conocimientos, competencias y habilidades para realizar esta tarea, convirtiendo a los cuidados, de este modo, en su particular nicho relacional. Los límites entre el cuidador y el sujeto cuidado, en ocasiones, se difuminan, haciéndose el cuidador insustituible (“yo sé lo que le gusta” ,“yo hago lo que pueda”).

*Digo y yo hago lo que pueda: la comida, los médicos, la compra... Porque yo sé lo que le gusta. Menos ducharla y limpiar la casa, que esas dos cosas no me daba tiempo* T1. C2. E4. (cuidadora familiar).

*Sustituirla (...), tampoco se deja mucho, ¿eh?. También es verdad que las veces que lo he intentao siempre y con todo, no ha habido manera.* T1. C1, E3. (hijo de cuidador)

*Es que estoy agotada. Es que estoy agotada. Es que estoy agotada. No es que.. es que estoy agotada (...) es que no tiene vida, que es que no tengo vida, para nada.* T2. EA5. (cuidadora familiar)

Dinámicas identitarias que posibilitan el reconocimiento personal inducen, a un mismo tiempo, lógicas de subordinación y dependencia en ambas partes; se generan, por un lado, importantes obligaciones en la persona que cuida, que reclama la exclusiva atribución de las responsabilidades frente al cuidado, y una relación de control, por otro lado, con respecto a la persona que recibe cuidados. La entrega y la confianza plena que deposita la persona que recibe los cuidados en la persona encargada de proveerlos pueden generar una relación de mutua dependencia y una ritualidad negociada que favorece la continuidad de esta relación.

Esta intensificación emocional es reclamada, tal y como hemos visto, como requisito que etiqueta y cualifica al buen cuidado. Esta intensificación viene inducida por la activación de reglas emocionales que ensalzan el sufrimiento y las dificultades como imprescindibles para la relación amorosa. La relación de cuidados integra un *deber ser*, un ideal de amor, en el que la entrega y el sacrificio personal constituyen valores constitutivos de esa relación de intimidad. El sufrimiento es una prueba de la calidad emocional de esta relación.

*(...) Y dejarlo todo, claro (...) Aunque fuera de vacaciones. Digo, vamos, hay que hacerlo ¿no?* T1. C2. E4. (cuidadora familiar)

*No tengo tiempo... Yo no tengo vida (...) Nada, nada, nada... Nosotros, nada. Ni vacaciones. Nada, nada, porque me necesitan ellas (..) Dice: "Pues como no te cuides, no las vas a poder terminar de cuidar, porque te vas a morir antes tú que ellas" – me dice-. Si es que no me puedo cuidar.* T2. EA5. (cuidadora familiar)

*(...) he perdido la costumbre, sencillamente. La costumbre de hacer... La costumbre de salir, la costumbre de ir a la peluquería... Yo ya he dejado la peluquería, los jerséis, el Chi Kung, el Reiki... Todas estas actividades que yo hacía las he dejado* T3. C4. E10. (cuidadora familiar).

Una expresión hiperbólica de la entrega personal permite inducir un sentimiento de autovaloración. En el diálogo imaginado con un espontáneo alter ego que cuestiona este estilo emocional vinculado a la entrega y sacrificio, CF2 (EC3) no apela a valores vinculados con una cultura emocional alternativa como son la independencia, autorrealización y justicia, sino con la calidad y continuidad del cuidado ("te vas a

morir antes tú que ella”). La necesidad reclamada de distanciamiento de esta lógica de intensificación del trabajo se construye, no tanto como afirmación de la legitimidad de un referencial del autocuidado, sino como condición de mantenimiento de esta cultura emocional (lógica reparatoria).

Esta acepción de los cuidados que favorece la exclusividad y la entrega personal sin límites inhibe una lógica que interpele las responsabilidades sociales ante el riesgo de la vulnerabilidad social. Esta reconstrucción de las demandas morales tiene implicaciones a la hora de reclamar un derecho social como puede ser el acceso a una ayuda a través de la ley de dependencia.

*Yo cuando me llamaron les dije: “Mira, yo, ahora mismo no necesito nada. Ella está aquí conmigo. No hay ninguna cosa. No necesito a nadie en casa. T1. C1. E1. (cuidadora familiar)*

*Que te den un poquito más de ayuda. Con que te den un poquito más de ayuda ya está. Si yo tampoco soy egoísta para decir: “Es que tiene y quiere” T2. EA5. (cuidadora familiar)*

El marco de construcción del ejercicio de los cuidados permanece rehén de una concepción familiarista que convierte a los cuidados en una decisión privada en donde no cabe, en ocasiones, una intervención pública y en donde una posible lectura política resultaría ajena. El cuidado es vivido como una experiencia íntima desprovista de una dimensión política. En este sentido, la relación que mantienen con la ley no trastoca en gran medida estas concepciones, sino que se adapta a estas relaciones previamente definidas.

*Le mandan un dinero pues lo tenemos en su cuenta para lo que la haga falta T1, C1. E1 (cuidadora familiar)*

*Es ayuda económica. O sea, como si yo la cuidara siempre. La ayuda económica es para mí T4. C5. E12. (cuidador familiar varón)*

*Yo prefería ayuda a domicilio porque yo todo lo que sea para ellas prefiero, ¿sabes? T2. EA5. (cuidadora familiar)*

*El Estado tampoco puedes pensar que va a solucionar todo porque eso son tonterías. T2. C3. E8. (cuidadora familiar)*

*Con los cuidadores familiares, nosotros lo que los estamos dando es el apoyo familiar, pero no los estamos solucionando su problema, ¿comprendes? Aquí, en esta casa, la que le soluciona sus problemas es esta chica, es esta chica. (...) hay muy pocas personas preparadas para atender a un enfermo así, muy pocas. Y luego que tengan*

*espíritu de sacrificio y que lo hagan con cariño (...) el familiar siempre presta su... Siempre presta su atención. Pues es una atención que tampoco se la puede dar el profesional. T2. C3.E8. (cuidadora familiar)*

La consideración de los cuidados como una relación afectiva exclusiva, personal e intransferible, hace que estos sean, en muchas ocasiones, representados como un problema personal que ha de resolverse en el ámbito privado del hogar y no tanto como un problema político que, por tanto, requiere una respuesta colectiva.

*Eso sí lo digo me duelen los pies desde que cayó mi madre mala. Empecé bien, pero, claro, son cuatro años sin parar. Muchas horas de pie, muchas (...) Me gustaría. Cuando lo he podido sí he salido, pero ahora no puedo. Ahora estoy muy liada y no puedo. Me gustaría T1. C2. E4 (cuidadora familiar).*

Por ello, aunque las lógicas de cuidados familiaristas inducen relaciones de mutua dependencia entre cuidados y cuidadores, esta relación de subordinación en ambas direcciones no es vivenciada como una experiencia de desapropiación del propio yo, sino más bien, la exclusividad, el control de recursos de autoridad política (capacidad de decir la “verdad” acerca de la vulnerabilidad de la persona cuidada) y la afirmación moral son expresión de un ejercicio de afirmación identitaria.

Frente a un posible *compromiso consciente* y corresponsabilidad social con los cuidados y con la buena vida, esta construcción del cuidado basado en un *amor exclusivo* induce un *altruismo obligatorio* y un *voluntarismo individualista* que se inserta en las relaciones de cuidados y que puede derivar en situaciones de vulnerabilización. Si la corresponsabilidad reclama una lectura política y desfamiliarizada de la vulnerabilidad, las éticas dominantes bajo las que se construyen los cuidados favorecen, en muchas ocasiones, una representación moralizante que emplaza las contradicciones sociales en el terreno individual, haciendo al sujeto (casi siempre, la hija, madre o esposa) el horizonte exclusivo de respuesta al vacío social al que se aboca a sujetos que no responden a la norma de autonomía del sujeto de la modernidad.

### 9.3. LA NEGOCIACIÓN DEL CUIDADO Y LA GESTIÓN EMOCIONAL<sup>56</sup>

Las prácticas de cuidados ponen en juego un proceso negociado y abierto de continua adaptación, redefinición, etc. del contenido del cuidado, en el cual juega un papel

---

<sup>56</sup> La redacción de este capítulo ha corrido a cargo de Eduardo Crespo Suárez

fundamental la gestión de un importante número de emociones –agresividad, ira, autocontrol, frustración, autocontención emocional, etc-

La relación de cuidado es una relación social compleja. Desde un punto de vista externo es una relación que se presenta, a primera vista, como meramente instrumental. Sería una relación en donde una persona presta un servicio a otra, resultándole, por tanto, útil o instrumental en su vida. Sin embargo, ni aun en el caso de que se haga cargo de los cuidados un profesional, deja de haber una compleja imbricación entre la actividad instrumental y la expresiva y afectiva.

Una trabajadora social de un centro municipal en la periferia de Madrid pone de manifiesto la complejidad de esa relación. En primer lugar, pone de manifiesto la posibilidad de seguir dos vías diferentes: la de la gestión y la del acompañamiento. La primera corresponde a una actitud instrumental y puramente gerencial:

*“Muchas veces fue una atención muy rápida... Te atienden en salas comunes donde no hay un espacio para ti, donde no hay... Y donde es muy basado en la gestión. Y donde, un poco yo, por lo que voy hablando con las familias y por lo que... No hay esa idea de entenderlo como un proceso. Entender que no es sólo la decisión de qué recursos se coge, sino que... Lo que eso supone para toda la organización de la familia.”* (Trabajadora Social. Villaverde)

La propia profesional considera que la relación debe ser de acompañamiento, es decir, una relación que supone una implicación personal mayor en la red de relaciones familiares.

*“Entonces, yo creo que es acompañar. Intento trabajar mucho la idea... Ya en la zona de x, que había mucho tema de población mayor empecé a trabajar mucho con la idea de grupo de hermanos.”* (íbid. p.3)

Lo que implica un tipo de relación más cercana y afectiva

*“Nosotros tenemos que... Como que tenemos... O, al menos, yo siento que aquí tenemos eso, entrevistas de 40 minutos. Estamos más cerquita de la gente... Más cerquita dentro de que yo tengo una lista de espera de un mes... Pero estás, relativamente, incluso, al nivel más cercano. La gente puede venir. No tiene que esperar una cola muy grande”*... (íbid. p.3)

*Entonces, yo creo que en ese proceso sí ha sido una parte como de aliados con las familias. De, un poco, triangular con dependencia... Pero sí una parte como... Bueno, vais a empezar un proceso difícil. A lo mejor, no os van a cuidar, pero vamos a intentar acompañaros.* (íbid. p.4)

Esta relación implica una negociación en la posición de sujeto: es un profesional ajeno pero es una persona implicada, que ocupa una ambigua relación entre la Institución y la familia. Nuestra entrevistada señala un importante conflicto de lealtad con la institución en que trabaja. Señala cómo en su anterior trabajo, en un pueblo pequeño, el modo de trabajar no generaba ninguna contradicción, mientras que en su situación actual se encuentra en una posición de sujeto conflictiva entre la lealtad institucional y la dedicación a los ciudadanos a los que atiende:

*Y también incluso que para mí sí ha sido contradictorio porque mi forma de funcionar en los pueblos... Yo me sentía mucho más leal con la institución en que trabajaba. En la medida en que sí que había muchas reuniones de equipo. Entonces, cuando se tomaba una decisión sí la sentía como parte. Y en cambio aquí, desde el trabajo en el Ayuntamiento, esa parte la he vivido de una manera distinta y muchas veces también me coloco con las familias desde... Un tema pensado y que me parece que es la parte en la que me sitúo... Estoy dentro de la institución. Pido perdón por la parte en la que represento a la institución y cómo está institución a veces no facilita. Y a veces también confunde. Donde no hay una claridad, no hay una... Y, entonces, intento colocarme siempre desde la transparencia, desde lo que sé con las familias y también desde lo que no sé. (íbid. p.4)*

La relación de cuidados es una relación de interdependencia asimétrica que requiere una permanente negociación entre las personas implicadas (cuidadores y personas cuidadas) acerca de los límites y costos de la relación.

*“Se acordó que pasaba temporadas en casa de cada uno. Somos también cuatro hermanos y ... Pero bueno, a ella eso, como que no le gustaba mucho. Se enfurruñó un poco. Y de buenas a primeras se buscó una residencia (...) de quien más tiraba era de mí (...) Sabía que conmigo hacía lo que quería (..) sabía que yo era a lo mejor más fácil de convencer o más blanda o ... Llámalo como quieras. Entonces conmigo hacía, un poco, lo que quería. Entonces, pues siguió tirando.... T3 C4, E10. (cuidadora familiar).*

Esta interdependencia es económica y emocional y da origen a complejas relaciones de control –y eventualmente de chantaje- tanto económico como afectivo. Esta relación de control no es unidireccional. Tal como señala Sira Cobelas Pascual, en un informe de 2007, fruto de un trabajo realizado en el municipio de Estella/ Lizarra, “personas dependientes somos todas” (p.2). Cuidador y persona cuidada pueden, por tanto, ocupar distintas posiciones de sujeto, donde circulan de muy distintas formas la sumisión, el resentimiento, la culpa y, por supuesto, la gratitud, el reconocimiento y la paz.



Si bien la LAAD ha puesto de manifiesto la existencia de un serio problema económico, sin embargo, es pasado habitualmente por alto –por ejemplo, en las guías para cuidadores- el problema que supone la dependencia económica en el núcleo familiar. Por eso ha sido muy importante la visibilización que se ha hecho del valor económico de la actividad de cuidar. Dado que, además, esa actividad viene siendo realizada habitualmente por mujeres, resulta especialmente importante este proceso de visibilización que es el punto de partida del reconocimiento.

Aun cuando la interdependencia económica es importante, el principal elemento de negociación en la relación de cuidados lo constituyen las emociones y sentimientos. El cuidado de personas es un trabajo emocional. Quienes cuidan y quienes son cuidados ponen en juego un complejo sistema de emociones que suelen ser intensas y que evolucionan a lo largo del tiempo de la relación.

Una buena fuente para entender este coste emocional, en el caso de los cuidadores, lo constituyen las guías de los centros orientados al apoyo de los mismos, dado que la principal fuente de estrés y sufrimiento lo constituyen las emociones. La orientación de muchas de ellas es puramente clínica, en donde se trata al cuidador como sujeto vulnerable al que hay que proteger y reafirmar. De todos modos, constituyen una buena fuente para entender los complejos sentimientos que aparecen –y se negocian- en la situación de cuidado.

Los principales sentimientos que aparecen son el enfado y la culpa. La mayoría de las guías van en la dirección de ayudar a los cuidadores a reconocer estos sentimientos y a ayudarles a normalizarlos. Sentirse irritado o enfadado es “normal” e, incluso, es un derecho. La guía elaborada por la Cruz Roja es explícita en este sentido, entendiéndolo en términos de derechos psicológicos (p.18):

### ***Derechos del cuidador***

*Recuerde que los cuidadores tienen los mismos derechos que los demás ciudadanos, pero, además, tienen derechos que se derivan de su situación de cuidadores:*

*A dedicar tiempo a ellos mismos sin tener sentimientos de culpa.*

*A experimentar sentimientos negativos por ver a su familiar enfermo.*

*A solicitar información sobre todo aquello que no comprendan.*

*A buscar soluciones a problemas que se ajustan a sus necesidades y a las de sus familiares.*

*A ser tratados con respeto por aquellos a quienes se les solicita ayuda*

*A equivocarse.*

*A ser reconocidos como miembros valiosos de la familia.*

*A ser reconocidos como miembros valiosos de la sociedad.*

*A aprender y a disfrutar del tiempo para aprender.*

*A expresar sus sentimientos.*

*A poner límites a las demandas excesivas.*

*A cuidar de su futuro.*

Es importante este tipo de planteamientos porque visibilizan las emociones como actividades susceptibles de legitimación como derechos. El único problema —a nuestro entender— es el abordaje exclusivamente clínico y psicológico, es decir, individual, de estas emociones, situándolas exclusivamente en el territorio privado familiar, donde se reclaman como derecho ante el otro, la persona cuidada. Conviene, sin embargo, ampliar la reflexión sobre el derecho a sentir a un ámbito social más amplio, que ponga de manifiesto el derecho no sólo al enfado —respecto a una persona— sino la indignación ante un sistema político y económico que ignora la actividad de los cuidados por considerarlos no productivos y, sin embargo, no puede sobrevivir política ni económicamente sin los mismos.

## 9.4 LAS VIVENCIAS DEL SER CUIDADO: PARTICIPACIÓN Y AGENCIA EN EL CUIDADO<sup>57</sup>

### 1. Introducción

Nos parece necesario comenzar este capítulo —que se ocupa del análisis y caracterización del cuidado tomando como centro de atención al propio sujeto cuidado—, recordando que en el campo de la *diversidad funcional* y las *situaciones de dependencia* —que delimitan y configuran contextos en los que se despliega una parte importante del ‘desempeño’ del *cuidado social*—, nos encontramos con un universo extremadamente complejo y diverso de realidades de cuidado, lo que dificulta la

---

<sup>57</sup> La redacción de este capítulo ha corrido a cargo de Araceli Serrano y Ángel Zurdo.

elaboración de un mapa interpretativo unitario, e incluso, abordar una ‘simple’ clasificación o elaboración de tipologías consistentes. En ese sentido, resulta muy difícil —y hasta peligroso— tratar de caracterizar las situaciones de cuidado social en su conjunto (por supuesto, también desde la perspectiva del sujeto cuidado).

Por otro lado, parece necesario aclarar el doble sentido que atribuimos —de manera intencional— a la formulación “ser cuidado”, que en cierta medida, refleja la complejidad de las dinámicas de cuidado, y la posición, a menudo ambivalente y paradójica, del sujeto cuidado. En primer lugar, utilizamos “ser” como *sustantivo* (haciendo referencia al *sujeto* que recibe, acuerda, negocia, reacciona, o incluso se resiste al cuidado, y que, en ese sentido, podríamos conceptualizar como sujeto agente), pero también como *forma verbal* (vinculado a la propia *acción* de cuidar y precisamente ‘ser cuidado’). Este segundo sentido denota la posición pasiva del ‘ser/sujeto’ —una condición de sujeto paciente— en la dinámica del cuidado, un ‘*sujeto sujetado*’<sup>58</sup>, sentido que se abre a la conceptualización de una situación de ‘dependencia’ con respecto a otros sujetos (en este caso, caracterizados como ‘activos’, en tanto en cuanto implementan y procuran ese cuidado). En este capítulo se abordará la caracterización del cuidado desde la perspectiva del sujeto cuidado, pero se trata de una perspectiva que se construye necesariamente en interrelación dialéctica con las perspectivas de los diferentes agentes (familiares, institucionales) que implementan en toda su complejidad, y en distintas configuraciones, el cuidado del sujeto dependiente y/o con diversidad funcional. En ese sentido, un aspecto central que explora este epígrafe es la consideración de cómo estos agentes caracterizan en términos de participación y agencia al sujeto cuidado.

En general, podríamos convenir que la configuración de la situación de cuidado social (esto es, la definición de la situación micro concreta) se ‘construye’ a partir de dos posiciones o instancias radicalmente confrontadas —asociadas a todo un universo de vivencias, procesos motivacionales, actitudes, trayectorias y perspectivas vitales, identidades sociales, etc.—: la del propio *cuidador* (y sobre todo, desde una perspectiva sociodemográfica cuidadora), y la del *sujeto cuidado*. Desde estas dos posiciones (y roles asociados), ubicadas socialmente en un contexto institucional ‘contenedor’, se establece dinámicamente un marco de interacción y comunicación — en el que la ‘actividad’ de cuidado ocupa sólo una parte— en el cual los condicionamientos son recíprocos (aunque en ningún caso simétricos o equivalentes, más bien todo lo contrario), estando ‘sometidos’ a un esquema de ejercicio de poder (que contribuye a generar —incluso imponer— distintas identidades que frecuentemente se solapan en modelos ambivalentes: ‘infantilizadas’, cosificadas, autónomas, dependientes, ‘empoderadas’, etc.). En el contexto de estas dinámicas de

---

<sup>58</sup> Siguiendo la conceptualización de Jesús Ibáñez (1985).

poder se expresan usualmente de manera sutil —aunque también explícitamente— las ‘marcas’ previas de la relación personal (si es que ésta ha existido), y de los roles sociales desempeñados (madre, hijo, esposa...), especialmente en el marco familiar, pero también se articula la estructura de poder característica del marco institucional ‘contenedor’ de los cuidados —en sus posibles concreciones organizativas: una residencia, un centro de día, un programa de asistentes personales, una cooperativa de mayores, etc.— en el que se insertan y cobran sentido las dinámicas y tareas de cuidado.

En definitiva, el ámbito del cuidado social se puede caracterizar desde dos perspectivas fundamentales: la del *cuidador* —mirada que tiende a dominar en los trabajos académicos— y la del *sujeto que es cuidado* (concebido primordialmente como un ‘sujeto paciente’, y en cierta medida irrelevante en el proceso de cuidado, aunque finalmente sea quién lo dota de sentido). En este epígrafe vamos a tratar de aproximarnos a la perspectiva del sujeto cuidado (profundizando en su vivencia, auto-concepto y posiciones discursivas), mayoritariamente asociada a *posiciones ‘sometidas’* en las dinámicas de cuidado, si bien debe quedar claro que las dinámicas de cuidado se conforman a través de relaciones complejas y ambivalentes en las que la persona cuidada también puede ubicarse (simultáneamente) en el espacio de la dominación, del control, o del sometimiento —en configuraciones muy variables— con respecto a los cuidadores. Así, encontramos excepciones significativas al modelo de sometimiento y dominación del sujeto cuidado, expresadas por ejemplo en las iniciativas que se estructuran en torno a *proyectos colectivos* (de orientación comunitaria) y los programas ‘piloto’ de *asistentes personales* (articulados en torno a una lógica fuertemente individualizada). En otro orden de cosas, tampoco podemos obviar en nuestro análisis el potente proceso de *reconfiguración de la identidad del sujeto cuidado* (una verdadera resocialización) que se despliega desde la posición del cuidador/a, pero se trata de un proceso resocializador en el que también intervienen —de manera central— tanto la transformación de las condiciones objetivas de existencia como las vivencias asociadas —y estrategias desarrolladas— del propio sujeto en ese contexto de cambio.

Así pues, pretendemos partir en nuestro análisis de la ‘mirada’ del sujeto que es cuidado. Pero, en el momento de abordar empíricamente la perspectiva del ‘ser’ cuidado —especialmente si adoptamos una perspectiva cualitativa, como es nuestro caso—, nos encontramos con un problema metodológico muy importante, y es que con cierta frecuencia las condiciones de dependencia o diversidad funcional dificultan o impiden la realización de entrevistas a las personas cuidadas (frecuentemente aquellas con una situación de dependencia y/o deterioro físico/cognitivo severo), por lo que una parte de las vivencias, y las construcciones discursivas asociadas (que se corresponden con un perfil concreto de sujetos cuidados), se nos escapan

inevitablemente. Por lo tanto, es necesario completar el cuadro analítico a través de una aproximación de carácter indirecto, encarando una cierta reconstrucción de las vivencias a través del análisis de las entrevistas a los propios cuidadores, en los que aparecen ciertos ‘ecos’ —comúnmente reelaborados— de los discursos de los sujetos cuidados, y de sus actitudes. Por otro lado, en un contexto de frecuente sobreprotección y tutela, a veces es difícil realizar las entrevistas sin la presencia de los cuidadores, o incluso, son los propios cuidadores los que bloquean o dificultan el acceso al dependiente o persona con diversidad funcional.

A la hora de aproximarnos y analizar la vivencia del “ser” cuidado, y las diferentes producciones discursivas asociadas a esa vivencia, debemos considerar los diversos criterios que configuran —al menos parcialmente— el *campo social* de los cuidados (atravesado por distintos intereses<sup>59</sup>, conflictos, tensiones...), comenzando por el perfil y la identidad ‘previa’ del sujeto cuidado. Debemos tener en cuenta, por supuesto, las variables básicas de carácter sociodemográfico (edad, género, lugar de residencia, y de manera especial la clase social). Pero también es necesario considerar —sin ánimo de exhaustividad— el tipo de diversidad funcional (física, intelectual...), o el tipo de enfermedad (crónica, degenerativa, etcétera), y el grado de dependencia asociado. También en el caso de enfermedades crónicas y/o degenerativas, es importante atender al estadio de evolución en el que se encuentra la enfermedad. Por último —en el ámbito ‘identitario’— hemos de tener en cuenta, por ejemplo, las expectativas vitales del sujeto cuidado (que pueden ir desde el aumento de autonomía, pasando por la demanda de cuidados paliativos, o incluso, en situaciones apáticas de acabamiento, la ausencia de expectativas), la identidad asumida (como sujeto pleno — sujeto de derechos—, como enfermo, persona dependiente, ‘carga’, etc.).

Hemos de ser conscientes de que los conceptos utilizados, como ya hemos destacado en numerosas ocasiones, están fuertemente cargados desde una perspectiva ideológica (dependencia, cuidado, discapacidad, etc.), lo que dificulta extremadamente el análisis sociológico de esta realidad, ya que los conceptos manejados imponen una cierta ‘visión’ de los fenómenos de los que se pretende dar cuenta. Ese es el caso, tal y como hemos desarrollado en un apartado anterior, con el concepto de *diversidad funcional*. Si bien es evidente su gran potencialidad (especialmente política) en su aplicación en el ámbito de las todavía denominadas de forma dominante ‘discapacidades’ —sobre todo en el caso de las discapacidades de carácter físico—. Esta conceptualización supone un importante avance ya que elimina radicalmente las referencias o trazas de minusvaloración (que se han evidenciado históricamente en conceptos como inválido, impedido, minusválido, discapacitado, etc.), que se suelen

---

<sup>59</sup> Intereses que pueden ir desde lo puramente emocional, a la estricta búsqueda de beneficio económico.

trasladar fácilmente a —y al mismo tiempo reflejan y en ocasiones amplifican— dinámicas y prácticas sociales discriminatorias. Pero, al mismo tiempo, el concepto ‘diversidad funcional’ resulta demasiado laxo e impreciso, y por ello, presenta importantes deficiencias a la hora de caracterizar descriptivamente el ámbito de las enfermedades degenerativas y la dependencia, y en general, las limitaciones progresivas que tienden a afectar a un segmento del colectivo de mayores.

Este es también el caso del propio *concepto de dependencia*, tan contestado —e incluso rechazado— de manera tajante por algunos colectivos, especialmente entre los sectores más movilizados de las personas con diversidad funcional física (que articulan un discurso ‘activista’ más elaborado), al denunciar su conceptualización estrecha (derivada de la fuerte *medicalización* de la noción de dependencia), asociada en gran medida a la aplicación de escalas cuantitativas de medición que se centran exclusivamente —de manera miope— en el cuerpo y su funcionalidad (a la postre con efectos cosificadores), pero que no tienen en cuenta las *necesidades sociales* del sujeto, desde la perspectiva de las dificultades cotidianas para desarrollar una *vida social plena* (incluyendo la ‘normalización’ de la actividad laboral, el ocio, etc.).

Desde esta posición activista, se llega a articular en algunos segmentos un discurso con una *fuerte deriva ‘individualista’*, en tanto en cuanto tiende a primar discursivamente, no tanto las necesidades sociales del colectivo (y su articulación en forma de *demandas políticas*), sino que resalta prioritariamente —y de manera muy enfática— las *necesidades percibidas en clave individual*. Dado que entre los sujetos con diversidad funcional, existen trayectorias vitales y estilos de vida extremadamente diferentes (asociados a una enorme heterogeneidad en cuanto a niveles y variedad de la actividad social desarrollada cotidianamente), es necesario disponer de un repertorio de recursos y apoyos adaptables ‘*ad hoc*’ desde una perspectiva individual (lo que tiende a separarles del discurso reivindicativo ‘clásico’ articulado en torno a los derechos sociales y la demanda de servicios y prestaciones universales, posición que se desdibuja y pasa a un segundo plano, o simplemente, desaparece). El discurso activista ‘renovado’ o de demandas individualizadas (que presenta una cierta *deriva elitista*<sup>60</sup>), incide en que cada sujeto posee un ‘universo’ particular de necesidades (de configuración casi ‘única’), cuya satisfacción —a través de servicios personalizados (o ‘sensibles a la demanda’)—, debe primar sobre la articulación de políticas universalizadoras (conceptualizadas como rígidas e ineficaces) y programas centrados en el desarrollo de servicios estandarizados y uniformizados. Se rehúye de los programas y estructuras orientadas al desarrollo de servicios colectivos (asociados negativamente a la masificación y la despersonalización) y se exigen más *servicios*

---

<sup>60</sup> En ese sentido, es necesario señalar que esta variante discursiva tiende a corresponderse con posiciones de clase media profesional.

*personales* (concretados de manera arquetípica en el programa piloto de asistentes personales, que por ejemplo, se desarrolla en la Comunidad de Madrid).

---

## 2. La percepción del sujeto cuidado por parte del cuidador: imágenes identitarias y representaciones sociales

### 2.1. Los procesos de dualización del sujeto cuidado

En general, entre los cuidadores que conviven cotidianamente con el sujeto dependiente, y especialmente entre aquellos que mantienen un vínculo familiar/afectivo con él —nos referimos pues, fundamentalmente al cuidado desarrollado en el marco del hogar— aparece frecuentemente en su discurso la evocación de una *imagen dual del sujeto cuidado*, como *cuerpo* físico (sobre el que se focaliza buena parte de los cuidados) y como *persona* (o como sujeto en sentido ‘fuerte’). Las circunstancias en las que se desarrolla el cuidado pueden acentuar ‘la conciencia’ del cuidador con respecto a cada una de estas ‘dimensiones’, e incluso llegar a escindir las.

Aquellas situaciones en las que domina la dimensión ‘corporal’, que se concreta en una imagen despersonalizada y cosificada, se asocian usualmente a situaciones de dependencia extrema, en las que la atención al cuerpo, la satisfacción de las necesidades de supervivencia, demandan la mayoría de la atención de cuidado, y sobre todo, se vinculan a situaciones de dependencia en las que se presenta un deterioro cognitivo severo (en las que la persona ‘se evapora’ dejando un cuerpo, y en las que la identidad personal previa se distorsiona y disuelve a los ojos del cuidador/a). En este contexto, los cuidados se suelen orientar a tareas de *control y mantenimiento funcional del cuerpo*, y se intensifica la percepción de ‘carga’ por parte del cuidador. Así pues, en los casos de gran dependencia, la materialidad de los cuidados y el elevado nivel de exigencia de las tareas asociadas, hacen que la identidad personal del dependiente se diluya, y se haga mucho más presente la *corporeidad biológica* del sujeto cuidado.

Por el contrario, en aquellas situaciones de dependencia moderada, en las que las necesidades cruciales en el día a día no giran en torno al mantenimiento y control de las funciones biológicas básicas, y donde un problema central suele ser el *debilitamiento del capital relacional* del sujeto (situación que demanda una labor de acompañamiento, de mitigación de la soledad, especialmente entre las personas mayores), o aquellos casos en los que no hay deterioro cognitivo (por ejemplo, lesionados medulares), predomina la percepción entre los cuidadores de la persona ‘dependiente’ como sujeto, y se reivindica la *intervención afectiva cercana* (cabe

señalar que en ciertas circunstancias el acompañamiento, cuando no se vincula a un régimen de dedicación temporal muy exigente, no es considerado en sentido estricto (cuidado). En muchas de estas situaciones, hay una menor vivencia de sacrificio o de renuncia, lo que redundaría en una relación más ‘relajada’ atravesada por lo afectivo.

## **2.2. Algunas consideraciones sobre la percepción del sujeto cuidado por parte de los cuidadores remunerados**

En el caso de los ‘profesionales’ remunerados, podríamos señalar una diferencia básica entre aquellos que desarrollan su labor de cuidado en el seno de organizaciones (centros de día, residencias...) y los que desempeñan su trabajo en el hogar del sujeto dependiente o cuidado. Entre los profesionales asociados a la institucionalización de la persona cuidada, domina la percepción de la persona cuidada en términos de *usuario* (incluso en ocasiones —de manera solapada— como *cliente*), y tiende a prevalecer la concepción de su labor como *intervención de carácter ‘técnico’* (que obviamente desde una perspectiva práctica no puede separarse radicalmente de los procesos comunicativos que se ponen en funcionamiento, y el establecimiento de vínculos personales con la persona atendida). Esta concepción técnica del cuidado se acentúa progresivamente según se asciende por la jerarquía profesional.

Entre los cuidadores remunerados cuya actividad profesional se desarrolla en el espacio del hogar (y que suelen presentar un perfil de ‘auxiliar’), es frecuente encontrar una *concepción dual* de su trabajo: no sólo se trata de una *intervención técnica* (acorde a una formación previa, aunque sea mínima), sino que se asocia especialmente a un *trabajo emocional* —que se fundamenta en un fuerte *compromiso ético*—, que genera una vinculación equiparable a los lazos familiares, tal y como hemos desarrollado en un apartado anterior (a veces incluso señalan que cubren el déficit de cariño y afecto de los propios familiares).

Es cierto que en las instituciones de cuidado también encontramos esa reivindicación de la dimensión afectiva y ética —especialmente en los puestos de trabajo de ‘auxiliar’—, que en ocasiones se acompaña de una cierta sobreactuación: “me gusta ayudar a los demás”, “yo ayudo a ellos y Dios me ayuda a mí, luego me vuelve a mí”<sup>61</sup>,

---

<sup>61</sup> En este caso, el cuidado se inscribe en un *marco de reciprocidad* que en ningún caso remite a lo material (salario/remuneración), sino que se inscribe en un marco explicativo de carácter *vocacional*, y apunta a una lógica *don-contradón* de base ética y trascendente (religiosa), que remitiría incluso a una ‘economía de la salvación’ (vid. Castel, 1999: 46 y ss.; Gemerek, 1989: 29). Desde las posiciones remuneradas de perfil más técnico, sí se realiza una reivindicación de la ‘calidad’ del trabajo sobre la base de la ‘profesionalidad’ (resultado de conocimientos y actitudes, sin olvidar un cierto compromiso personal), que se fundamenta —aunque no aparezca explícitamente— en la *remuneración* (que es la que define fundamentalmente la posición profesional).



“[cuido] con todo corazón y con todo mi alma”, “como mi familia, hombre, es mi familia. Es mi familia, de verdad le digo. Es mi familia, cariño” (T5.C6.E17; Auxiliar)<sup>62</sup>. Pero, al margen de señalar el *carácter vocacional*, al mismo tiempo, entre los profesionales de instituciones se explicita muy frecuentemente la búsqueda de la *distancia afectiva*, la desconexión emocional, para hacerlo soportable: “sufrimos claro, con ellos, claro [...] *no quiero pensar en sufrir*”, “sufrimos un poquito, ya, pero *luego se pasa*” (*ibíd.*). Estos *verbatim*s muestran la fuerte ambivalencia de la entrevistada. Hemos de ser conscientes de la dureza de la labor de las/os auxiliares (centrados en la corporeidad del dependiente), que se reconoce solo tangencialmente: “es un poco duro pero se pasa. Si te gusta se pasa” (*ibíd.*).

La escala de la organización también resulta importante en el condicionamiento de las relaciones que se establecen entre profesionales y los usuarios. En las residencias pequeñas se reivindica frecuentemente su ‘clima familiar’ —menos despersonalizador— con respecto a las grandes residencias que presentarían un carácter más anónimo y clientelar. Se hacen incluso referencias que remiten simbólicamente al hogar (“es como una casa”, T5.C6.E17; Personal directivo).

En el caso del cuidado institucionalizado, hemos de tener en cuenta que existen puestos de trabajo de ‘auxiliar’ ligados al cuidado físico, la higiene, traslados y movilidad, etc. (los denominados auxiliares en geriatría o gerocultores), y otros perfiles más técnicos (terapeutas ocupacionales, gerontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, etc.). La vivencia de su labor es radicalmente diferente. Desde posiciones técnicas y de gestión se insiste mucho más en la necesidad de establecer una distancia afectiva (insensibilizarse): “Lo que es horrible es cuando se muere gente que lleva aquí diez años. Pero bueno, es tu trabajo. Supongo que es como los médicos, no se pueden morir cada vez que se les muere un paciente. *Tienes que tomar distancia*” (T5.C6.E17; Personal directivo). De todas maneras, ni siquiera en el nivel ‘técnico’ de los profesionales del cuidado, encontramos una posición monolítica en el rechazo de la vinculación emocional con el sujeto cuidado. Se observa una fracción de trabajadores que no están de acuerdo con el distanciamiento emocional como premisa básica de la buena ‘intervención’ (por su posible deriva despersonalizadora), y que defienden la necesidad de implicarse cuando se trabaja con personas (no perciben su trabajo como una simple intervención técnica). Por lo tanto, se evidencia una tensión discursiva básica que se establece entre la necesidad de mantener una cierta distancia emocional, y el compromiso ‘vocacional’ (ético) del profesional del cuidado que reclama implicación, capacidad empática y sensibilidad.

---

<sup>62</sup> Aquí encontramos una patente exageración que se potencia por la presencia de la directora de la residencia mientras se realizaba la entrevista. Por otro lado, la cuidadora había perdido en el último año a su marido, y sus hijos son mayores, hecho que ayuda a comprender la *proyección afectiva* que realiza sobre los mayores a los que atiende.

El *cuidado profesional* en un contexto institucionalizado se suele asociar —en los discursos técnicos y de gestión— a *estándares de calidad*, a una garantía frente a otros modelos remunerados, pero menos ‘profesionalizados’: “me fiaría más de una residencia que quedarme medio parálitica en casa con una señora desconocida” (T5.C6.E17; Personal directivo). Podríamos pensar que la desconfianza y la actitud sistemática de sospecha con respecto al ‘desconocido’ (parte importante de los progresivamente dominantes *discursos sociales del miedo*, potenciados especialmente desde los medios de comunicación, que proyectan la imagen de un mundo peligroso: repleto de maltratos, abusos, inmoralidad, etc.), estarían presionando, en cierta medida, hacia la institucionalización del cuidado<sup>63</sup>, por supuesto, siempre que exista capacidad económica. Por otra parte, ese *temor al extraño* se incardina con la generalizada desconfianza hacia el inmigrante —y en el caso del cuidado especialmente las mujeres inmigrantes—, que son las que han venido asumiendo una parte muy importante del cuidado remunerado no institucionalizado. En definitiva, expresa una muestra clara de xenofobia, y en ocasiones, de simple racismo.

Por otro lado, desde las instancias profesionales (en el contexto del desarrollo del cuidado institucionalizado), se produce una frecuente *desvalorización del trabajo de cuidado desarrollado por familiares*, y personal no cualificado —que se acentuaría en el contexto de la aplicación de la LAAD, con las ayudas económicas dirigidas al cuidador—. Así pues, se llega a plantear que la ayuda familiar (una de las formas de apoyo privilegiadas por la ley) puede suponer un fomento del cuidado no profesional, llegándolo a asociar a pautas de cuidado de escasa calidad, a situaciones del mal cuidado, refiriéndose a ‘gente que no sabe cuidarlos’, ‘que no les va a cuidar bien’<sup>64</sup>. Encontramos pues, una crítica implícita al sistema dominante de ayudas económicas a los cuidadores, que desde esta perspectiva, no redundarían en una mejora de la calidad del cuidado, ya que se desviarían sistemáticamente hacia las necesidades generales del hogar, sin potenciar el recurso al trabajo de cuidado profesional, de calidad.

Podemos constatar que en general la vivencia del profesional con respecto a su labor de cuidado suele ser más positiva cuando el grado de dependencia es menor, en circunstancias en las que usualmente prima la relación y la comunicación (el contacto y en ocasiones vínculo personal) sobre el cuidado físico ligado a las funciones corporales

---

<sup>63</sup> Si bien, las pequeñas residencias también arrastran una cierta mala imagen, generada por el desvelamiento de algunos casos de negligencia, maltratos, extorsión económica, etcétera, sufridos por los residentes, y que han aparecido a lo largo de los últimos años en los medios de comunicación.

<sup>64</sup> “...la cuestión es, sí... les van a cuidar gente que no sabe cómo cuidarlos, o no les van a atender bien en su casa y simplemente lo necesitan para cobrar la ayuda” (T5, C6, E17, Personal directivo pequeña residencia).

básicas (limpieza e higiene, alimentación, medicación...). La ‘relación’ en estos casos está más mediada por el *intercambio comunicativo*, y menos por el cuidado ‘corporal’. Un ejemplo claro, lo encontramos en el programa de asistentes personales, donde la cuidadora (si bien desde este proyecto se rechaza radicalmente tal ‘etiqueta’, en favor de la denominación como asistentes, lo cual implica —como veremos más adelante— una inversión del sentido de ejercicio de poder), habla de “un trabajo donde estoy a gusto” (T9.C10.E23; Asistente personal).

Los programas ‘piloto’ de *asistentes personales* están diseñados en cierta medida (de manera implícita) para *minimizar la vinculación afectiva* e insistir en la *dimensión instrumental del ‘apoyo’* (se rechaza radicalmente el referente del cuidado y la dependencia). Pero, en este modelo, como veremos más adelante, no es el usuario el que sufre un proceso de despersonalización, sino el cuidador, que se transforma en una simple *herramienta*, en una extensión corporal del jefe-usuario (no se restituye la igualdad entre cuidador y sujeto cuidado, sino que se invierte el sentido de la desigualdad). No obstante, es evidente que la dimensión comunicativa y la vinculación emocional entre el usuario/jefe y el cuidador asalariado fluyen frecuentemente y no se puede eliminar de raíz.

### **2.3. Modelización de las principales dimensiones identitarias del sujeto dependiente que se articulan en los discursos de los cuidadores**

A continuación abordamos —en cierta medida en forma de modelización de *tipos ideales*<sup>65</sup>—, una revisión sistemática de las distintas ‘imágenes’ (o representaciones identitarias) del sujeto dependiente y/o con diversidad funcional, que aparecen en los discursos de los cuidadores (más adelante procederemos de igual manera con respecto a las representaciones identitarias que elaboran discursivamente los propios sujetos cuidados). La estructura expositiva no responde a una lógica ‘clasificatoria’ —a modo de delimitación de tipos identitarios distintivos y excluyentes entre sí—, ya que en los discursos concretos este abanico de *dimensiones o tipos identitarios* (especialmente los más próximos) tienden a acoplarse y solaparse (al menos parcialmente), incluso reclamarse entre sí (por ejemplo, la infantilización y la necesidad de control), articulándose en la mayoría de las variantes discursivas de los cuidadores en forma de *representaciones o imágenes identitarias complejas*. Al mismo tiempo, no todas las dimensiones tienen el mismo peso específico o centralidad en los discursos, existiendo algunas que ocupan una posición mucho más central (por ejemplo, la infantilización y las imágenes de desvalimiento), mientras que otras dimensiones resultan más periféricas y residuales significativamente (es el caso de las percepciones identitarias asociadas a la autonomía y plenitud vital).

---

<sup>65</sup> Véase al respecto la aportación clásica de Weber (1993).

Preferimos referirnos a las *'dimensiones identitarias'* (en tanto en cuanto esta conceptualización transmite la idea de que estas dimensiones pueden coexistir simultáneamente en la identidad 'global' atribuida al sujeto dependiente, y articularse en imágenes/representaciones complejas o *multidimensionales*), en detrimento de los 'tipos identitarios', ya que esta última conceptualización corre el riesgo de ser identificada más fácilmente con tipos —perfiles— concretos de sujetos dependientes (y en ese sentido, con identidades 'simples' y cerradas/excluyentes). En realidad, las dimensiones identitarias que vamos a revisar se configuran en gran medida como un continuo, y se solapan frecuentemente en los discursos de los cuidadores —incluso las aparentemente incompatibles—, configurando *imágenes identitarias complejas y en ocasiones extremadamente ambivalentes*. Así pues, debe quedar claro que los límites entre estas dimensiones identitarias son absolutamente borrosos y permeables, que en ningún caso son incompatibles, y que en los discursos de los cuidadores las representaciones identitarias que elaboran y proyectan suelen articularse a partir de la combinación de varias de estas 'dimensiones' (si bien, en configuraciones y con énfasis muy diferentes).

Además, las *representaciones identitarias* presentan un *fuerte carácter procesual*, o una marcada variabilidad temporal. En primer lugar, suelen variar a lo largo del tiempo con la evolución de las propias condiciones y demandas del cuidado (ligadas a la alteración de las condiciones sociales y vitales del cuidador y su entorno), y en fuerte conexión con los cambios que se suceden en la situación de dependencia y/o diversidad funcional. Pero, también varían en el corto plazo de la cotidianidad diaria, a lo largo de la 'jornada' las dinámicas de cuidado pasan por diversos 'momentos' (quizá durante unos pocos minutos, quizá durante algunas horas...) que bien evidencian, o por el contrario enmascaran, algunos elementos asociados al cuidado (la materialidad corporal, la comunicación y el acompañamiento, el desvalimiento, etc.), y de esta manera, privilegian o reprimen/ocultan algunas de las dimensiones identitarias, de las imágenes o representaciones ligadas al sujeto cuidado.<sup>66</sup>

#### a) El sujeto infantilizado e incapaz (...y sobreprotegido)

---

<sup>66</sup> Un segundo momento de análisis de mayor complejidad (que se abordará en una segunda etapa), nos conduciría a la elaboración de un *mapa discursivo* (en el que las variantes discursivas se corresponderían con los distintos perfiles sociales de los cuidadores/as —distintas posiciones en el campo social del cuidado—), con el fin de sistematizar y ordenar las representaciones sociales —y su concreción en un sistema de discursos— con respecto a los sujetos dependientes y/o con diversidad funcional. Estas posiciones discursivas integrarían en configuraciones variables —y complejas— las distintas dimensiones identitarias del sujeto cuidado que vamos a desarrollar a lo largo el presente epígrafe (articuladas junto a la ideología y los procesos motivacionales).

Entre los cuidadores domina una *percepción 'infantilizada' del dependiente adulto* (especialmente de los mayores, pero también con respecto a personas con diversidad funcional<sup>67</sup>), que queda identificado con el arquetipo del 'niño grande'. Esa infantilización parte de la noción de un *sujeto 'disminuido'* en sus capacidades, especialmente en lo referente a las cognitivas: "que no sabe", "que no entiende", sujetos "que no se enteran" (T1.C2.E6; Profesional de teleasistencia), percepción de incapacidad que usualmente va mucho más allá de las limitaciones reales: "Les tratan como tontos a veces a los abuelos" (*ibíd.*). Se articula la imagen de un sujeto inestable desde una perspectiva emocional, maniático, con tendencia al capricho, demandante de atención, irresponsable e imprudente, incapaz de organizarse, que no es consciente de sus limitaciones, etcétera. Desde esa apreciación, los cuidadores entienden que el dependiente está *incapacitado* —parcial o totalmente— para desarrollar una vida independiente y autónoma (es un peligro para sí mismo), y sobre todo, para tomar decisiones, degradándose la condición de 'sujeto' del dependiente. Es importante insistir que este vector de infantilización no solo afecta a los grandes dependientes —y sobre todo a aquellos afectados por discapacidades cognitivas—, sino que se proyecta frecuentemente sobre los sujetos con diversidad funcional física y/o con niveles de dependencia moderada.

El envés de la infantilización es un fuerte *paternalismo y la sobreprotección*, aspectos que contribuyen a acentuar la *incapacitación progresiva* del dependiente, al que se le reduce —frecuentemente como una imposición y de manera innecesaria— el 'catálogo' de actividades y funciones que puede y debe desarrollar autónomamente (lo que implica que paralelamente el trabajo de cuidado y la carga asociada se intensifican). La sobreprotección aparece además asociada con frecuencia a una incompreensión de los propios dependientes (de sus vivencias, necesidades), y puede derivar hacia un esquema de *relación autoritaria*, basado en la imposición, que no tiene en cuenta realmente al sujeto dependiente (asumiendo el cuidador la posición de 'yo sé bien lo que necesitas y te conviene'), y que puede adoptar un tono 'imperativo' que atraviesa y caracteriza la interacción con el sujeto dependiente:

*Vamos, con gente mayor yo creo que muchas veces no se los entiende [se refiere tanto al entorno familiar como a la atención institucionalizado]. Pasan ahí un momento que han sido muy independientes, han hecho todo por sí mismos, pasan a ser como... «Yo te mando», «Tú haz», «Tú ven», «Tienes que ir» y tal. Muchas veces no se los tiene en cuenta, ni se los pregunta. Está claro que una persona que tiene un deterioro cognitivo bastante avanzado no va a poder tomar decisiones ¿no? Pero no se*

---

<sup>67</sup> Un caso arquetípico es el de los hijos con diversidad psíquica desde el nacimiento. En estos casos, los sujetos siguen siendo tratados por los familiares como niños de por vida. De hecho, son realmente excepcionales las familias en los que los padres no se refieren a ellos como 'el niño' o 'la niña'.

*los tiene en cuenta, ni se los pregunta muchas veces qué quieren y se les explica dónde van a ir. Muchas veces les crea mucha ansiedad* (T4.C5.E15; Terapeuta ocupacional, Centro de Día)

En la posición extrema de paternalismo y sobreprotección se produce un proceso de verdadera sustitución del sujeto cuidado, llegándose a ‘usurpar’ su identidad, su discurso, y hasta su experiencia vital (los cuidadores se convierten en *portavoces e intérpretes* —legitimados socialmente— del sujeto dependiente, condenándolo de esta manera al silencio, al ostracismo y la irrelevancia). Así, la vivencia del sujeto dependiente o cuidado finalmente se funde y se confunde con la del cuidador (se habla por él, se opina por él, se definen y reinterpretan —sin su participación— sus necesidades y apetencias), en definitiva, se desvanece y degrada su condición de sujeto dependiente, lo cual implica —en estas manifestaciones extremas de sobreprotección— una deriva paradójica hacia la despersonalización y la cosificación, paradójica porque en su origen la sobreprotección y el paternalismo suelen fundamentarse en poderosos lazos afectivos que vinculan a cuidador y dependiente.

*“También hay muchos hijos que sobrecuidan a las personas, o sea, no es que sobrecuiden sino que hablan por ellos ¿no? Entonces estás hablando, mirando a la señora y te contesta la hija, y tienes que decirle «no mire, perdone, es que he venido a visitarla a ella y quiero que conteste ella», «pero, es que ella no se acuerda»”* (T1.C2.E6; Profesional de teleasistencia).

La infantilización y la sobreprotección paternalista se expresan esencialmente en el contexto del hogar, en los cuidados y relaciones que se establecen en el seno de la familia (proyectando marcas previas de la relación afectiva), pero también ‘contaminan’ de manera patente los contextos de cuidado profesionalizado, incluso la atención institucionalizada (en centros de día o residencias). De esta manera —a modo de simple ejemplo ilustrativo—, en la comunicación con el dependiente y/o persona con diversidad funcional, se produce un uso abusivo de los diminutivos (“...como se van haciendo *mayorcitos*, pierden su *cabecita*, ya no quieren comer” “...le digo, pero *Teresita*, es que estás muy *delgadita*, te vas a enfermar” (T1.C2.E7, Profesional de ayuda a domicilio), y se recurre a fórmulas comunicativas típicas utilizadas para dirigirse a niños (“¡¡Mira qué guapa está!!” T5.C6.E17, Personal directivo), acompañadas de entonaciones forzadas y afectadas, sobreactuaciones, etc. (fórmulas que por otro lado, no tienen por qué ser mal aceptadas por los sujetos cuidados, especialmente cuando se perciben como genuinas muestras de consideración y/o afecto). En muchos casos, los cuidadores tratan de expresar cercanía, generar confianza y transmitir afecto, pero las fórmulas empleadas en sí mismas son claramente infantilizadoras. A pesar de que la infantilización no es un rasgo exclusivo del cuidado familiar, suele ser criticado desde las posiciones de cuidado profesional,

que acostumbran a circunscribirlo al contexto del cuidado desarrollado en el hogar por familiares.

Por último, el paternalismo y la sobreprotección del sujeto cuidado implican necesariamente un *ejercicio de poder* que se concreta en la actividad cotidiana, a través por ejemplo, del frecuente recurso a la '*mentira piadosa*': se les engaña para que no asuman riesgos, para que no se quejen, para que se tranquilicen, para que coman, etc. Además, se concreta en la no consideración del sujeto dependiente en los procesos de toma de decisión (a la hora de estructurar la cotidianidad, organizar 'eventos', contratar servicios, etcétera).

#### b) El sujeto necesitado de control

Al mismo tiempo, la infantilización se asocia y reclama la *necesidad de control* —el requerimiento de atención y supervisión constante—, concretada de forma preclara en el '*estar pendiente*', que muchas veces expresa la existencia de un filo 'hilo' elástico y casi 'invisible', de materialidad difusa en términos de tareas, pero que literalmente ata físicamente al cuidador con respecto al dependiente<sup>68</sup>. El '*estar pendiente*', tiene consecuencias tanto para el sujeto que es cuidado como para el cuidador, ya que ilustra y evidencia una situación en la que se produce el *cercenamiento de la libertad y autonomía* del sujeto dependiente (sometido a la supervisión), pero, al mismo tiempo, se asocia a un régimen de tareas y atenciones muy exigente para el cuidador familiar (literalmente adosado y encadenado al dependiente)<sup>69</sup>. En ocasiones, esta dinámica de control/cuidado continuo —a pesar de su dureza— resulta importantísima, ya que proporciona sentido vital y supone el rol sobre el que se construye la identidad principal del cuidador/a.

Así pues, la infantilización expresa una fuerte continuidad con la conceptualización del dependiente en términos de *sujeto que necesita ser controlado*, vigilado, especialmente desde una perspectiva física/corporal. La función de control, inserta profundamente en las tareas de cuidado, se expresa tanto en el contexto del hogar como en las organizaciones orientadas al cuidado. De hecho, el diseño —tanto

---

<sup>68</sup> Cuando el nivel de dependencia es moderado, el '*estar pendiente*' puede implicar la simultaneidad de la supervisión física inmediata o directa y el recurso a medios (paradigmáticamente el teléfono) para mantener un contacto con la persona cuidada y chequear su estado (no sólo físico sino también emocional).

<sup>69</sup> Nuestro diagnóstico, no quiere en ningún caso negar la necesidad objetiva de ejercer control sobre las personas dependientes. No podemos minimizar aquellas situaciones (frecuentes) de dependencia que exigen un régimen de cuidado continuo e intensivo, en las que garantizar el bienestar —o la simple supervivencia— del dependiente implica una labor continua de monitorización o control directo.

organizativo como espacial— de éstas últimas responde en gran medida a la necesidad de un control continuo y eficiente. Además, se produce una fuerte *identificación del control con el bienestar*<sup>70</sup> (que se opone desde un punto de vista significativo a las vidas descontroladas, desordenadas y caóticas). De ahí el enorme potencial de las residencias para ejercer control de los usuarios (para ordenar sus vidas) desde una perspectiva física y funcional (de sus enfermedades, necesidades físicas, medicación, etc.), y su ‘superioridad’ con respecto al marco familiar, en el que las funciones y estrategias de control se concentran usualmente en una única persona (lo cual dificulta su continuidad, son inevitables las ausencias), no están burocratizadas/normalizadas y se implementan en un marco espacial —el hogar— que frecuentemente dificulta materialmente su ejercicio. Las residencias y centros de día, articulan un *control burocratizado*, fuertemente protocolarizado, indudablemente eficiente, pero plantean un evidente riesgo de *despersonalización* del sujeto cuidado-vigilado. La vinculación y continuidad entre la necesidad de control (vigilancia) y la concepción infantilizada del sujeto dependiente es evidente, y como veremos, se expresa claramente en el siguiente *verbatim* correspondiente a una de nuestras entrevistas en residencias (que además insiste en la superioridad del control burocratizado *versus*, el control desarrollado en el contexto del hogar):

*Aquí en una residencia está todo mucho más controlado que en tu casa. Aquí con una señora... Es igual con un niño pequeño, le dejas con una desconocida en tu casa y no sabes, en una guardería hay mucha más vigilancia, muchos más profesionales* (T5.C6.E17; Residencia Privada, personal directivo).

### c) *El sujeto ‘difícil’*

Ligado también en cierta medida a la *infantilización* del sujeto dependiente y/o con diversidad funcional, aparece en ciertas variantes discursivas de los cuidadores la imagen —aunque no universalizada— de un sujeto difícil, complicado en el trato (caprichoso, malhumorado, inestable, descontrolado, agresivo, poco agradecido, que se rebela con respecto al orden de cosas): “Se pone, bueno, peor que las niñas pequeñas. Se enfada...” (T1.C2.E4; Cuidadora Familiar, Clase media-baja). Son estos aspectos que se explicitan especialmente en el caso de los mayores, y que se asocian a su estado anímico (ligado a la soledad, la enfermedad, la constatación del deterioro), y a la aparición de deterioro cognitivo (“es muy difícil tratar con mayores, tienes que tener vocación” (T5.C6.E17, Personal directivo). Así pues, se retrata un colectivo

---

<sup>70</sup> “Por ejemplo Amalia, cuando ella dice que le dio un vahído o no sé cómo lo ha llamado, es porque es diabética y no se pinchaba, *no lo controlaba bien*. Entonces *aquí está muy bien* [en la residencia], pero *porque está controlada*” (T5.C6.E17; Personal directivo).



tendente a una clima anímico bajo, depresivo (“la vejez en sí no es una cosa alegre, no es como una guardería” *ibíd.*). El sujeto difícil (asociado a una vivencia dura del cuidado, repleta de distrés, malestar...), que puede ser concebido como una carga para el cuidador familiar, se contrapone en los discursos al dependiente dócil y adaptable, colaborador, que acepta acríticamente el orden.

#### d) El sujeto despersonalizado y cosificado

Hemos discutido más arriba la frecuente conceptualización dual del dependiente (como cuerpo y como persona) por parte de los cuidadores, y en qué medida — especialmente en situaciones de dependencia severa— la escisión de estas representaciones del sujeto cuidado, introduce un riesgo evidente de *cosificación*, que supondría la culminación —extrema— de un proceso de despersonalización, en el que la identidad personal del dependiente se ve desplazada por el omnipresente ‘cuerpo’ sobre el que se aplican los cuidados (“era un madero, un vegetal”, T1.C1.E1; Cuidadora familiar, clase media-baja). También la ‘carga’ que padece el cuidador (especialmente el familiar), y que objetiva la dureza del cuidado, tiende a coadyuvar en este proceso de despersonalización; la dureza y exigencia del cuidado (que en los casos de dependencia severa —sin apoyos externos— absorbería vitalmente al cuidador: sus capacidades y su tiempo) desplazaría y desdibujaría el vínculo personal. Domina la percepción del dependiente como un *objeto de atención*. La despersonalización se asocia también al silenciamiento, al sometimiento, remite desde la perspectiva del sujeto cuidado a una *vida sin vida*, o como la denominaría Agamben (2010) a una *‘nuda vida’*<sup>71</sup>.

En las manifestaciones más extremas de este proceso despersonalizador tiende a debilitarse, e incluso desaparecer, la vinculación empática con la persona cuidada, de forma que pasan a desvanecerse sus vivencias, sus necesidades (como persona), sus sentimientos, e incluso su sufrimiento. Impera la concepción del sujeto dependiente como ‘algo que se manipula’ sin tener en cuenta sus intereses (quien mejor conoce las necesidades e intereses es el cuidador, no el sujeto dependiente). Por otra parte, la despersonalización, la instrumentalización del cuidado, lejos de contribuir a aligerar la percepción de carga del cuidador/a, tiende a incrementarlo, generando frustración y angustia tanto en el cuidador como en el sujeto dependiente, o persona cuidada.

---

<sup>71</sup> O la consideración del hombre no como sujeto sino como *cuerpo vivo*, máximo exponente de la tendencia occidental contemporánea a gestionar reduciendo la vida humana a cuerpo viviente o como mera vida (al sacarla de todo contexto social, político, cultural, puede ser tratado como mero proyecto o plan, como mero residuo).

La percepción de cosificación (ligada la mayoría de las veces a situaciones de dependencia severa) en ocasiones se solapa con el sentimiento de lástima y la conmiseración (podríamos hablar de una *cosificación ambivalente*), configurándose la imagen o representación de un ‘objeto de compasión’.

“...viven porque tienen respiración, más no porque ellos anhelan la vida. Ellos están muy tristes, a ellos no les va ni les viene si es de día... Ellos no saben nada, ni la hora, ni el día en que están” (T1.C2.E7; Profesional de ayuda a domicilio)

#### e) El sujeto necesitado-dependiente, y finalmente desvalido

La referencia discursiva a un *sujeto necesitado* se sitúa como una de las conceptualizaciones centrales del sujeto dependiente y/o con diversidad funcional por parte de los cuidadores. En algunos casos, la noción de persona necesitada no es compartida —es incluso negada— por el sujeto cuidado (por ejemplo, en nuestro material empírico, los beneficiarios de los programas de ‘asistentes personales’<sup>72</sup>). Se trata de situaciones en las que la ‘dependencia’ —asociada a la existencia de necesidades funcionales cotidianas que no pueden cubrirse de manera autónoma—, se transforma e interpreta (eufemísticamente) en términos de ‘simple apoyo’ —lo que tiende a diluir la condición de ‘dependencia’ y la necesidad funcional del otro—, basado en lo que para ellos no es sino una muestra de *interdependencia universal* de los sujetos: todos necesitamos ‘apoyos’, y de forma equivalente. Se trata lógicamente de una reelaboración ideológica que trata de enfatizar la igualdad básica y universal de los seres humanos, y de desactivar los elementos sobre los que se construye la discriminación social de las personas con diversidad funcional y/o dependientes (fundamentalmente a partir de esa imagen de desvalimiento). Pero a la postre, esta estrategia distorsiona el carácter diferencial de las necesidades del sujeto con diversidad funcional y/o dependiente, y tiende a negar el carácter distintivo de su ‘inter-dependencia’ con respecto a otras personas.

Un punto ‘típico’ que marca en los discursos de los cuidadores el inicio de la consideración externa de la necesidad —y por tanto, de la dependencia— es la valoración de la dificultad o incapacidad para salir del hogar de manera autónoma. Se trata de un primer grado de pérdida de autonomía personal, que afecta esencialmente a la movilidad espacial, pero que tiene importantes consecuencias de tipo funcional (concretadas, por ejemplo, en la dificultad o incapacidad para comprar —o para transportar los bienes adquiridos—, hacer gestiones, asistir a consultas médicas,

---

<sup>72</sup> Pero esta negación también podemos encontrarla en situaciones de dependencia moderada, y en circunstancias de deterioro cognitivo.

disfrutar de un ocio autónomo, etcétera). Un segundo nivel en la graduación de la necesidad —y de incapacitación/dependencia— se asocia en los discursos a las dificultades para satisfacer de manera autónoma las necesidades funcionales en el seno del hogar (por ejemplo, cocinar, limpiar, lavar la ropa, etc.). Un tercer nivel de necesidad/dependencia suele concretarse discursivamente en las dificultades (de nivel muy diferente) en la movilidad intradoméstica (para ir al baño, levantarse de la cama, etc.). Y un último nivel se concretaría en la incapacidad para cubrir autónomamente las funciones corporales básicas (higiene, alimentación, control de esfínteres). Cada uno de estos niveles se asocia discursivamente a percepciones diferenciadas del sujeto ‘necesitado’.

En aquellos hogares caracterizados por la escasez de recursos económicos, la percepción del sujeto cuidado en términos de sujeto necesitado y dependiente suele acentuarse, ya que la capacidad económica facilita el mantenimiento de la autonomía personal: disponer de ayuda remunerada para el mantenimiento funcional del hogar (limpieza, compras...), o de apoyos o ayudas puntuales (disponer de acompañamiento para ir al médico, etc.). Con pocos recursos económicos, el sujeto se hace más *dependiente* de los apoyos y cuidados familiares e informales (vecinos, amigos, voluntarios...), por lo que en el entorno familiar y social más próximo la percepción del sujeto cuidado como sujeto dependiente y desvalido se intensifica.

En la consideración de la persona cuidada como sujeto necesitado, encontramos algunas variantes discursivas. Una primera, se concentra en la percepción de la persona cuidada como *sujeto desvalido*, lo que se asocia a actitudes de compasión y conmiseración. Es un sujeto que sufre, que produce lástima, un sujeto cuyas condiciones vitales impulsan hacia las muestras de solidaridad y empatía. También aparecen en estas posiciones discursivas la imagen de un *sujeto ‘acogido’*, que retrotrae al discurso típico de la beneficencia, e incide y refuerza la imagen de desvalimiento.

Otra variante discursiva que se ubica en las coordenadas del sujeto necesitado-dependiente, se identifica con la conceptualización —en el contexto del cuidado familiar— del sujeto cuidado en términos de *carga*. El dependiente se erige en un sujeto que literalmente hipoteca la vida del cuidador (y lamina su identidad), al ‘imponer’ a la persona que le atiende un régimen muy exigente (desde una perspectiva temporal, física y emocional) de ‘cuidados intensivos’, lo que conduce a una vivencia expresa de sacrificio, sufrimiento, agotamiento, e incluso desesperación, que se incrementa muy frecuentemente por la imposibilidad de des-cargarse, de delegar, al menos parcialmente, la tarea de cuidado. Se trataría de una carga muy pesada, que impondría unos costes personales inasumibles (emocionales, relacionales, físicos, etc.), que se torna en ocasiones, en una carga simplemente insoportable. En el cuidador se instala la percepción de falta de tiempo, es un sujeto constantemente desbordado por

los requerimientos del cuidado. En los discursos se relata y explicita recurrentemente, y de manera espontánea, la dureza del cuidado, y por supuesto, la conciencia expresa de sacrificio, resignación y renuncia, tal y como hemos visto en líneas anteriores (por ejemplo, con respecto al trabajo, pero también en relación con ocio y las actividades de sociabilidad, la vida familiar, el tiempo para uno mismo, etc.). Esta percepción del dependiente en clave de carga suele acentuarse, de manera típica, cuando el cuidador (y fundamentalmente la mujer cuidadora) trata de compaginar la actividad laboral remunerada, y el cuidado, y suele desembocar a medio plazo —normalmente cuando existen otras fuentes de ingresos en la unidad familiar que garanticen la subsistencia— en el abandono o salida del mercado laboral. Por último, es interesante constatar que en esta variante discursiva del dependiente como carga, existe un claro *vector de despersonalización y cosificación*, que nos ilustraría el propio campo semántico del concepto carga (entre otros términos: fardo, ‘peso muerto’, paquete...).

#### f) El sujeto amado

Para un segmento importante de los cuidadores familiares, el ‘dependiente’ se conceptualiza fundamentalmente como un sujeto con el que se mantiene un *lazo afectivo* (más exactamente un *sujeto amado*). Ese vínculo afectivo es, además, el que justifica y da sentido por sí mismo el *cuidado desinteresado* —virtualmente sin límites— que se le dispensa, y el que hace inteligible (y al mismo tiempo soportable para el cuidador) la renuncia, la dedicación, la abnegación, el sacrificio; en definitiva, el compromiso absoluto.

Esta percepción en clave afectiva del sujeto dependiente y/o con diversidad funcional, tiende a asociarse de manera estrecha al *deber del cuidado*, aunque, tal y como hemos visto en un apartado anterior, a nivel discursivo se vincule exclusivamente a una *imposición moral interior* del sujeto (‘que me pongo yo’), separándose radicalmente de la noción —

La percepción del sujeto cuidado como sujeto amado, constituye el opuesto lógico de la despersonalización y la percepción cosificada del dependiente. El sujeto amado es ante todo *persona* (que siente, sufre, vive...), y lo que es más importante, es una *extensión de la propia identidad del sujeto* que cuida, una parte constitutiva esencial de su propia persona y de su vida.

La proximidad afectiva implicaría una mayor capacidad empática y una extremada sensibilidad con respecto a las necesidades del sujeto cuidado. Desde esta posición, se explicita la dureza de verse dependiente, de ser cuidado, de perder la autonomía (se trata pues de acompañar en la dureza del proceso desde lo afectivo). Finalmente, se desembocaría en un cuidado de una ‘calidad’ muy superior al profesional/remunerado,

un cuidado que no respondería simplemente a las necesidades físicas/materiales — que también—, sino, sobre todo, a las necesidades emocionales y relacionales.

*“Porque una persona que venga de la calle, por ejemplo, a hacerle una hora de compañía, o a leer, no le puede transmitir lo que le transmite una persona que la quiere con toda su alma”* (T1.EA1; cuidadora familiar, clase media baja con ayuda a domicilio).

El *buen cuidado* remite fundamentalmente a la atención afectiva, no es resultado de una intervención ‘técnica’ correctamente ejecutada, lo cual señalaría, implícitamente, una minusvaloración del cuidado profesional (concebido como frío, distante y despersonalizador). Lo deseable, el ideal, es que el cuidado se fundamente en el lazo emocional, dependa directamente de alguien ‘que te quiera’. El cuidado no puede tener simplemente una dimensión instrumental, el cuidado consiste fundamentalmente en dar cariño, en ‘estar’ (permanecer junto a, acompañar), en comunicarse (conversar, y a partir de ahí, ser cómplice, empatizar con su situación e intereses), generar confianza, complicidad, intimidad, proximidad. Son esas dimensiones del cuidado (las realmente importantes), las que difícilmente pueden delegarse en un ‘extraño’, por muy capacitado técnicamente y profesional que sea (el interés material desvirtúa y corrompe el acto del cuidado). Sin embargo, tal y como hemos elaborado en un apartado anterior, para una parte de estos cuidadores familiares, sí que es posible (e incluso a veces deseable) delegar ciertas tareas materiales de cuidado, sin que eso suponga abandonar la responsabilidad central en el cuidado, y por ende, la satisfacción de las necesidades del dependiente. En realidad, esta posición implica un modelo de cuidado que supone la integración monolítica de afectos y satisfacción de necesidades ‘materiales’, si bien, el núcleo central del cuidado lo constituyen esos afectos.

Podríamos identificar entre estos cuidadores una *posición muy ‘tradicional’* con respecto al cuidado, con una marca femenina abrumadora, que se concreta en el cuidado de familiares muy próximos (padre, madre, hijo/a, hermano), y asociada nítidamente a un discurso de *fuerte rechazo del cuidado institucionalizado*. De hecho estos cuidadores, asocian frecuentemente a su cuidado dinámicas des-rutinizadoras que se contrapondrían al cuidado institucionalizado fuertemente prococolarizado y estandarizado. En el caso de que las condiciones forzaran una indeseable institucionalización de la persona con diversidad funcional y/o dependiente, estas cuidadoras desarrollan un fuerte sentido de *culpabilidad* —corolario del deber no cumplido—. El recurso a los centros de día o las residencias supone un fracaso personal, la ruptura de un ‘contrato’ personal basado en la confianza, concreta la imagen del abandono, y en último caso, culmina una verdadera traición. La institucionalización provocaría una estigmatización moral del cuidador. No es de extrañar que sea en este espacio discursivo de fuerte oposición a la institucionalización

donde aparecen más referencias directas al significante ‘asilo’ (con una fuerte carga peyorativa).

Los cuidadores que se ubican en esta posición insisten en la gratificación que se desprende del *deber cumplido* (entendido como autoimpuesto): aporta paz, te da ánimos. En estos casos, se señala la ‘gratificación de cuidar a seres queridos’. Este cuidado, basado en el amor, implica una proyección de lo que ellos esperarían en un futuro.

#### g) El sujeto pleno y autónomo (la conceptualización plena como persona)

Se trata de la conceptualización más infrecuente entre los cuidadores, que se corresponde normalmente con situaciones de dependencia leve o moderada, en las que el sujeto cuidado mantiene capacidades que son valorizadas socialmente (en el mercado de trabajo, en la familia, etc.). También aparece ligado a iniciativas grupales y asociativas/comunitarias, marcadas por el principio de la *ayuda mutua* (la ayuda y el cuidado entre iguales). Suele vincularse a situaciones en las que el que el aspecto central es el acompañamiento, o bien en las que el apoyo material requerido —o cuidado ‘funcional’— es moderado. En estos casos, se tiende a diluir la noción de cuidado, éste se configura a partir de *posiciones de negociación*, y *reconocimiento mutuo* entre el sujeto con diversidad funcional y/o dependiente, y el cuidador. Se ubica en el extremo opuesto a la cosificación y la despersonalización. Se reconoce al sujeto cuidado su autonomía y su capacidad en la toma de decisiones ya que sujeto cuidado aparece como un igual.

En este marco interpretativo el sujeto dependiente puede transformarse en sujeto de admiración, por su capacidad de sobreponerse a las adversidades, por su capacidad de lucha.

*Es gente que a mí me sorprende, me admira, ese positivismo que tienen; esas ganas de lucha constante... Esas ganas de seguir con tu vida. A mí por ejemplo es eso que es lo que me llama la atención y lo admiro en general (T9.C10.E23; Asistente personal)*

#### h) El sujeto con capacidad económica: el dependiente como cliente

Esta posición ‘emergente’ se concreta especialmente en el *cuidado institucionalizado privado* (ligado sobre todo, a aquellas circunstancias en las que el sujeto cuidado o su entorno familiar, corre con gran parte, o con la totalidad, del coste de la ‘atención’). En

estas situaciones, predomina un modelo de cuidado que se articula en torno a verdaderas estrategias de *mercadotecnia* orientadas a captar una demanda solvente (que usualmente se dirigen más al entorno familiar que al propio dependiente), que se remiten a la explicitación de una seriación amplia de servicios prestados al cliente, que desbordan los usualmente identificados con las dinámicas de cuidado. Son servicios que tratan de distinguirse por la calidad material, incluso por el lujo —en instalaciones, materiales, etc.—, y en segundo lugar, por la atención profesional (en su doble sentido de ‘seria’ y cualificada).

Estos centros suelen proyectarse simbólicamente más como *centros de bienestar* (siguiendo un modelo casi hostelero) que como centros de cuidado mayoritariamente dirigidos a personas dependientes. Se ponen en marcha estrategias de reconstrucción simbólica de espacios y servicios: por ejemplo el ‘comedor’ puede transformarse en ‘restaurante’. Se separan las zonas de los usuarios ‘autónomos’ (con un grado de dependencia ligera o moderada) y de los grandes dependientes, siguiendo estrategias de ‘segregación’ y ‘limpieza’ visual. Se juega frecuentemente a ampliar el margen de elección del cliente: en cuanto a servicios (zona de buffet), o incluso horarios “...Yo llego a mi habitación y me acuesto cuando quiero” (T6.C7.E18; usuaria centro residencial). Se trata de relajar —u ocultar—, en la medida de lo posible el régimen de pautación temporal y control burocrático.

En estos contextos de cuidado institucionalizado encontramos frecuentemente la anonimización del sujeto que cuida, o que presta servicios (y que afecta muy especialmente al personal no técnico en grandes residencias). En general las lógicas clientelares se concretan en relaciones y lógicas complejas, en las que las derivas hacia la despersonalización y cosificación, y las dinámicas de subordinación, exigencia y sumisión pueden ejercerse en ambos sentidos entre el personal cuidador y los sujetos cuidados.

Se trata de poner en marcha estrategias que diferencien los ‘establecimientos’ del modelo de la antigua beneficencia y que trasciendan la lógica del *usuario* que imperaría en general en los servicios de titularidad pública. A pesar de que discursivamente (especialmente entre las clases populares) permanece la asociación simbólica entre las residencias y los antiguos ‘asilos’, a partir de las estrategias más o menos ‘elitistas’ de mercadotecnia, parece emerger una visión más positiva a partir de esta conceptualización del sujeto cuidado en términos de cliente: “esta gente que tenemos ahora de ochenta y tantos años, ya, está mucho más mentalizada, que hace treinta [años] que empezó mi madre, que la idea que tenían los mayores, la idea que tenían de una residencia era de los asilos antiguos. Entonces eso sí que tenía mala prensa porque era la beneficencia de entonces” (T5.C6.E17, Personal directivo). Se separan de modelo de la beneficencia, cultivando la imagen de servicios de calidad, y

profesionalidad, en definitiva, un entorno adecuado y adaptado al hábitus de sus clientes.

#### i) El sujeto con autoridad: El 'Jefe'

Se trata de una concepción relativamente residual, asociada a *una fuerte instrumentalización del sujeto cuidador* (“la persona asistente personal, pues de algún modo, te conviertes como en brazos y piernas de la persona con diversidad funcional” T9.EA12), que se ve sometido a la voluntad del sujeto cuidado, que se transforma en *sujeto con autoridad*, que *decide*, y en general impone los términos en los que se produce el cuidado<sup>73</sup> —y que, en ese sentido, no negocia con el cuidador, o lo hace de forma puntual—, y que es incluso referido explícitamente como ‘jefe’ (“Es tu Jefe”, T9.C10.E23; Asistente personal). Suele corresponderse con pautas de cuidado remunerado —en las que el cuidado se deriva de un deber ‘contractual’, formal o informal—, pero también puede aparecer en el modelo de cuidado familiarista (especialmente en el caso de hijas que cuidan a sus padres: en estos casos, el modelo del sujeto cuidado con autoridad se desliza frecuentemente hacia un modelo de ejercicio de *poder autoritario y despótico*). Cuando esta conceptualización del sujeto cuidado aparece asociado a una lógica de cuidado remunerado en el hogar, es más frecuente que la ‘contratación’ no esté mediada por los familiares de la persona dependiente, sino que se produzca de manera directa por el propia persona cuidada.

Esta dimensión identitaria del sujeto cuidado (como sujeto con autoridad) se expresa de manera arquetípica en los programas piloto de *‘asistentes personales’* de los que se benefician personas con diversidad funcional física (pero que suelen tener una inserción social relativamente plena: trabajo, ocio...). En estos casos, *el vector de despersonalización se invierte*, afectando al cuidador, que tiende a ser concebido como *herramienta*, como simple apoyo funcional. No obstante, el vínculo instrumental no tiene porqué desdibujar la relación y el vínculo personal, que puede seguir ocupando un papel importante en la dinámica cotidiana del cuidado (“[somos] prácticamente como amigos”; “es difícil mantener una barrera ahí de jefe empleada”, T9.C10.E23; Asistente personal) (“está claro que aquí lo más importante y lo que prima es el *feeling* entre ambas partes”, T9.EA12).

---

### 3. El auto-concepto del sujeto cuidado

---

<sup>73</sup> “[trabajo hasta las] 11 horas, hasta que él *decida* acostarse o *quiera* acostarse” (T9.C10.E23; Asistente personal).



La elaboración y aceptación de una identidad que define como sujeto ‘dependiente’ — o utilizando otro concepto más neutro como sujeto con diversidad funcional—, es un proceso complejo y extremadamente duro, que tiende a producirse a lo largo de un periodo temporal prolongado y que, incluso, llega a dilatarse ‘indefinidamente’ en el caso de enfermedades degenerativas o de dependencia asociada al envejecimiento. A lo largo de este doloroso proceso de adaptación y resocialización, es necesario reelaborar y reevaluar constantemente las capacidades personales y el grado de autonomía disponible. Tal adaptación puede llegar a no culminarse —de manera relativamente frecuente— cuando se desarrollan estrategias de ‘negación’. No hemos de perder de vista la enorme dificultad que presenta para el sujeto aceptar la transición desde una posición que, frecuentemente, es de plena autonomía, a un estadio caracterizado por la supervisión, la negación de la capacidad (física y/o intelectual) y la dependencia.

Nuestra aproximación al auto-concepto del sujeto cuidado toma como base nuestro material cualitativo; material que, como ya se ha comentado previamente, presenta deficiencias inevitables<sup>74</sup>. Hemos de ser conscientes de la ausencia en nuestro trabajo de campo de un segmento significativo de dependientes —especialmente el integrado por mayores con deterioros cognitivos severos y/o demencias diversas—, integrado por sujetos que también experimentan una vivencia del cuidado (es muy probable que distorsionada), una experiencia atravesada en ocasiones por la desorientación, el agradecimiento, el malestar, el cariño, etcétera, pero que con frecuencia tienen grandes dificultades (o en ocasiones, total incapacidad) a la hora de elaborar discursivamente esa vivencia y su identidad (aunque sea confusa y deteriorada) a través de una entrevista con un desconocido/a. Es por ello, que una parte de la interpretación que constituye la base de este apartado es derivada de las narraciones de los sujetos que en ocasiones se convierten en sus ‘portavoces’.

Perfilamos a continuación un esbozo (aún en proceso de construcción y reelaboración) de algunas de las ‘imágenes’ o representaciones identitarias del sujeto cuidado que aparecen en sus propios discursos. De la misma forma que comentamos en el apartado anterior, no se pretende desarrollar una tipologización de las diversas identidades en categorías excluyentes entre sí, sino que se busca una aproximación a las diversas modalidades y/o dimensiones de manifestación de dichas identidades que tienden a presentarse en los discursos de forma acoplada y parcialmente solapada, articulando modelos identitarios complejos y multidimensionales.

---

<sup>74</sup> Es esperable que en la segunda fase de producción de información cualitativa esta dificultad que, en el momento actual, detectamos como muy evidente, pueda ser aminorada con nuevo material empírico obtenido de personas en situación de dependencia y/o diversidad funcional

En términos generales, podemos decir que las diversas dimensiones tienden a articularse en torno a un eje continuo que oscila entre modalidades de carácter eminentemente negativo de los sujetos y modalidades que se revisten de un carácter positivo.

En un extremo —negativo— de dicho continuo, podríamos ubicar una conceptualización del sujeto dependiente como *sujeto desahuciado o acabado*. Generalmente esta manifestación identitaria se vincula a la vivencia de una *vida sin sentido* (lo que nos remite a estadios depresivos, así como de experiencia de frustración y angustia). Este tipo de dimensión viene a identificarse fundamentalmente en las situaciones de institucionalización forzosa, y se vincula generalmente a la noción de abandono<sup>75</sup>. La edad avanzada en la que habitualmente se produce la institucionalización (en general en torno o por encima de los ochenta años), acentúa esta vivencia de desahucio vital. La institucionalización se produce, además, muchas veces después de haber tenido atención ‘personal’ en el hogar, lo cual implica no solo la pérdida de un cuidado exclusivo y de atención personalizada, sino también la ‘pérdida’ del hogar, hacia un modelo de atención de menor exclusividad y la transición hacia un espacio nuevo (en un momento vital, poco proclive a la valoración de las novedades). Es en este contexto y bajo esta dimensión, en el que se generaliza la imagen de los mayores que “se mueren de pena”<sup>76</sup>.

En este caso, la ‘rutinización’ de la actividad cotidiana (de manera significativa cuando se asocia exclusivamente al cuidado y mantenimiento de funciones corporales), especialmente presente en las instituciones de cuidado (con su orden burocrático y el control exacto de los tiempos), tiende a aumentar el malestar y la percepción de desahucio<sup>77</sup>.

Este autoconcepto de desahuciado, es criticado por los sectores más ‘adaptativos’ de los dependientes institucionalizados, etiquetando a los sujetos que perciben en dicha

---

<sup>75</sup> Todavía circula implícitamente la noción del ‘asilo’ (definido por la RAE en términos de “establecimiento benéfico en que se recogen menesterosos o se les dispensa alguna asistencia”) como realidad asociada a la beneficencia. Es por ello, que es frecuente encontrar que los usuarios de residencias hacen hincapié, en ocasiones, en su capacidad económica.

<sup>76</sup> “Yo no sé, meterla en una residencia, llevarla ahí. Luego me da pena, porque no sé, porque meter a los padres en una residencia... Al poco tiempo se mueren. Yo creo que es de pena” (T1.C2.E4; Cuidadora familiar clase media baja).

<sup>77</sup> Por el contrario, para el segmento ‘no acabado’, la rutina —especialmente cuando se vincula a actividades vividas como gratificantes, y que tienen un fuerte componente relacional/social como por ejemplo los talleres, la gimnasia, etc. puede constituirse en una base importante del sentido vital.

situación de “aburridos” y “antisociales”, atribuyendo su posicionamiento a déficits de carácter y no tanto a condiciones objetivas<sup>78</sup>.

Estrechamente vinculado a la vivencia de ser un sujeto desahuciado, encontramos la identidad de *sujeto abandonado* (que, también localizado fundamentalmente en los casos de cuidado institucionalizado, puede, no obstante, encontrarse en los dependientes que viven solos y en una parte importante de los que viviendo en el hogar familiar, pasan mucho tiempo solos). Vendría a vincularse inextricablemente a la ruptura del deber familiar del cuidado de los mayores. En términos generales, encontramos sujetos que se conciben como *víctimas* de una traición familiar, una traición que les ha privado de lo que la norma social básica del cuidado de los mayores (en términos fundamentalmente de contra-don) debería haber consagrado como derecho ineludible.

Solapado parcialmente con la noción de abandono se localiza la autopercepción como sujeto *recluido o enclaustrado*. La percepción de ‘reclusión’ no tiene porqué asociarse necesariamente con la percepción de abandono, puesto que puede producirse también en el hogar (e, incluso, en una situación de acompañamiento familiar continuo). La reclusión espacial (en una institución o en el hogar) marca la aparición de un primer estadio la dependencia y de pérdida de autonomía personal. Podríamos decir que el no poder salir de casa se configura en cierta medida como una ‘prueba’ de dependencia. Para estos sujetos dependientes la reclusión implica la pérdida de autonomía personal y funcional (no poder satisfacer las necesidades en el mercado, severa limitación del ocio disponible, especialmente del ocio social, etc.), lo que implica un deterioro de la red relacional y de su desempeño como sujetos plenos.

Por otra parte, y también con solapamiento parcial en relación a las identidades anteriormente comentadas, se puede encontrar el auto-concepto de *sujeto resignado* en relación con una modalidad de cuidado que rechazan (frecuentemente la institucionalización), o un cuidado o trato personal estimado como deficiente (tanto en el hogar como en instituciones), resignados también en relación al proceso continuo de pérdida de autonomía y, por último, resignados con respecto a su propia situación (deterioro físico, dependencia, enfermedad y/o soledad). Esta posición de la resignación es una estrategia adaptativa, que puede contribuir a diluir el malestar personal, así como a matizar el sufrimiento. Dicha resignación no deja de incardinarse en un modelo vital compensador de base religiosa, en el que la salvación se construye como compensación al sufrimiento mundano. En ocasiones, la resignación da paso fácil

---

<sup>78</sup> “...el que se quiere aburrir se aburre. Porque para hacer algo hay que tener un poco de espíritu” (T5.C6.E17; Usuaría de residencia).

a procesos de racionalización y adaptación en los que se reconstruye la vivencia de la situación como la mejor de las disponibles.

En relación concreta con la institucionalización, esta es menos problemática e implica más fácil resignación, en los casos en los que no existen lazos familiares próximos (no hay deber, ni pérdidas) salvo de la propia autonomía. Por otra parte, se habla de que la gente mayor está mucho más ‘mentalizada’ (es decir, presenta menos rechazo a las residencias), pero según se desprende de sus relatos, una parte de esa mentalización implica más bien, una simple resignación a una solución que no les satisface.

Una auto-imagen frecuente es la de *sujeto necesitado*, frágil, desvalido, asumiéndose en sentido pleno el concepto de dependencia. Esta modalidad definida por el tipo de carencias y de apoyo que implica, es el concepto que se ve reforzado desde buena parte de las conceptualizaciones que se han ido considerando que predominan por parte de los sujetos cuidadores, así como de la propia legislación en torno a la dependencia (la LAAD). De hecho, muy frecuentemente la asunción de la falta de capacidad de ser autónomo se impone desde fuera, constituyendo un proceso de asunción duro y con frecuencia disputado. Es un proceso que refleja el propio disciplinamiento del sujeto (“yo no podía estar en mi casa”; T5.C6.E17; Usuaría residencia).

Por otra parte está la identificación de sí mismo como ‘carga’ (*sujeto-carga*) en el hogar para su familia acogedora. Esta auto-conceptualización supone una continuidad con la identidad de sujeto necesitado. Vendría a incidir en una serie de facetas en las que el sujeto dependiente centra su identidad en el tipo de alteración de la cotidianeidad que sus necesidades procuran a los familiares que le cuidan. El sujeto así se percibe como sujeto que molesta, que ‘da guerra’ y sin embargo, no quiere molestar. Esta percepción facilita que, en muchas ocasiones, se planteen *motu proprio* la institucionalización como vía para hacer más liviana la carga de los cuidadores familiares.

Por otra parte, resultan interesantes ciertas expresiones de *auto-infantilización*, que se concretan en comportamientos que podríamos caracterizar como ‘regresivos’. Por ejemplo, no son infrecuentes aquellas situaciones en las que los dependientes reducen sus actividades autónomas por debajo del umbral de sus capacidades funcionales, por ejemplo a la hora de vestirse, de ir al baño, de asearse, de pasear (*‘es que yo ya no puedo...’*). La limitación del esfuerzo, al tiempo que refleja una actitud de acabamiento vital —el sujeto se dejar ir—, tiende a maximizar la atención y la ayuda proporcionada por el cuidador. Esta infantilización se produce fundamentalmente en el ámbito del hogar, en contexto del cuidado familiar, e implica una maximización egocéntrica de la atención demandada. Otras veces, encontramos una infantilización de carácter ‘reactiva’ e imitativa, con respecto a la que ponen en funcionamiento los propios

cuidadores, que se proyecta por ejemplo en el frecuente uso de diminutivos entre los propios mayores<sup>79</sup>, recurso expresivo que tiende a remarcar la identidad dependiente e inerte del sujeto. En ocasiones, se ponen en marcha estrategias que simbólicamente tratan de invertir la dirección del cuidado (asumiendo de forma ficticia el rol de sujeto cuidador), estrategias extremadamente paradójicas porque se concretan en la asunción de comportamientos infantiles. Resulta especialmente ilustrativo el caso de una mujer mayor en una residencia, que tiene un muñeco-bebé en su habitación<sup>80</sup>. Podemos observar un proceso simbólico de revalorización identitaria fuertemente regresivo (a través de la puesta ‘en juego’ de una maternidad frustrada), y de un rejuvenecimiento, que se opondría a un proceso de envejecimiento y dependencia creciente.

Por otra parte, ya en el espacio de carácter más positivo del continuum —negativo-positivo— que se comentaba previamente, encontramos una conceptualización del sujeto dependiente como sujeto que se somete de buen grado, ‘*adaptable*’, que es realista y capaz de acomodarse. La adaptabilidad tiene una marca ambivalente, pudiendo ser simple sometimiento, o implicar un esfuerzo por sacar aspectos positivos de una nueva situación. La adaptabilidad puede localizarse tanto en el contexto familiar como en el institucionalizado. En muchas ocasiones, esta concreción identitaria está vinculada a la percepción del sujeto-carga, de forma que la adaptación vendría a funcionar como estrategia para conseguir aminorar dicha carga en el entorno familiar donde es cuidado (aunque también está relativamente presente en las instituciones). En el modelo institucionalizado, asumiendo esta capacidad de adaptarse impregnada de realismo, se trata de sacar lo mejor de la situación (que muchas veces no es definida como ideal, pero que pasa a ser concebida como la mejor posible). Es curioso observar cómo en algunos casos la institucionalización proporciona una ‘estabilización vital’, fundamentalmente cuando hay una racionalización adaptativa. Una variante sobre esta conceptualización sería la del *sujeto esforzado*, que en este hincapié en la adaptación, pone el máximo empeño, luchando cotidianamente por conseguir el espacio de autonomía más grande posible para aminorar en lo posible la carga que supone (para los familiares especialmente, pero también para las instituciones del cuidado).

También en el segmento de carácter positivo del continuo, encontramos la percepción del sujeto como *sujeto ‘con-viviente’*, que consciente de sus límites es capaz de negociar sus espacios de autonomía, de tareas, de espacios, de toma de decisiones...

---

<sup>79</sup> “Ellas me duchan, *sentadita*” (T5. C6. E17; Usuaría mayor de residencia).

<sup>80</sup> Somos testigos de una situación doblemente paradójica, porque se trataría de la reedición ilusoria de una maternidad no materializada, ya que esta mujer nunca tuvo hijos: “Me he traído también de mi casa un bebe, un muñeco [...] que parece de verdad” (T5.C6.E17; Usuaría mayor residencia).

En estos casos de cuidado negociado, la percepción del cuidado como carga tiende a diluirse. Frecuentemente está ligado a un sujeto agradecido, que reconoce el esfuerzo que quienes están en el entorno cuidador realizan por su propio bienestar.

En línea con este planteamiento de la propia identidad de ser cuidado en tanto sujeto agradecido, encontramos la manifestación de lo que podríamos considerar como *el sujeto (bien) cuidado*. Tanto en sus manifestaciones en el seno de los hogares, como en los contextos más institucionalizados encontramos sujetos cuidados que se consideran satisfechos y agradecidos con el tipo y manifestación concreta del cuidado recibido. Encontramos casos en los que la mejora de bienestar (los apoyos y afectos recibidos) compensa la pérdida de autonomía (que en muchas ocasiones era reducida como consecuencia de los problemas físicos o el deterioro cognitivo).

En el caso de la institucionalización, cuando se parte de una situación de soledad, en la que no existen apoyos familiares posibles, y la institucionalización ha partido de la propia convicción personal, aparecen incluso racionalizaciones que trasladan una potencialidad afectiva a la institución (más bien a las personas). Esta situación se produce, generalmente, en casos de instituciones pequeñas poco anónimas. En estos casos, en ocasiones, se localiza una re-significación del espacio de la residencia, transformándolo significativamente en el hogar (naturalizándolo como espacio propio), y su núcleo relacional pasa a identificarse afectivamente con las personas que residen en la residencia e, incluso, con las profesionales<sup>81</sup>. En esta modalidad institucionalizada las relaciones entre iguales son fuente de bienestar y de acompañamiento, que compensa en ocasiones la impersonalidad de los cuidados.

Más próximo al extremo positivo del continuo, encontramos el sujeto con capacidad agente, con autonomía (limitada) que enfatiza todo aquello que puede hacer y sentir, desplazando todo aquello que no puede. Constituye la manifestación del *sujeto autónomo* como sujeto pleno, con capacidad de agencia y participación, que se relaciona socialmente, que participa en los procesos de toma de decisiones, que organiza o participa en la organización de sus actividades, que realiza tareas (aquellas que si puede hacer en su condición de “diversidad funcional”), etc. En estos casos, se pone de relieve un individuo pleno y autónomo (o que por lo menos aspira a ello), con capacidad de decisión autónoma, que define su propia vida y que posee un cierto poder sobre los sujetos cuidadores, por lo menos, el poder suficiente para afirmarse como sujetos que necesita apoyos, de la misma manera que los necesita todo el mundo. Hay, así, una negación de las necesidades especiales que acompañan a los sujetos dependientes. Se puede atisbar así, incluso, una negación de la dependencia, que se troca por un énfasis en la interdependencia universal de los sujetos. Esta auto-

---

<sup>81</sup> “Sí, yo le digo mi casa. Ahora la última vez cuando me operaron, estaba doña Ana y le decía, yo quiero ir a casa. Mi casa es esta” (T5.C6.E17; Usuaría mayor residencia).

conceptualización tiende a localizarse usualmente entre sujetos con diversidad funcional física, integrados socialmente de manera activa (trabajo, familia, etc.).

Esta imagen del sujeto cuidado se manifiesta con dos variantes, una primera, como expresión del proceso de individualización, y una segunda variante que se inscribe en un marco colectivo. En la *variante 'individualista'*, la reivindicación cobra sentido exclusivamente en —y desde— la realidad individual (alcanzar más autonomía personal), constituyendo un modelo que tiende a articularse en torno a la reclamación (incluso a la exigencia) de apoyos en aras de conseguir dicha autonomía.

En relación con la segunda variante de corte '*colectivista*' el individuo sólo es pleno a partir de su participación e inscripción grupal. Así, el sujeto de decisión y autonomía es el colectivo, desarrollándose, de esta manera, un perfil reivindicativo (que se proyecta más allá del individuo, alcanzando el grupo e, incluso, la comunidad exterior). Hay que señalar, no obstante que este perfil, ocupa una posición residual y que es localizable en el seno de iniciativas más comunitarias como son las experiencias de puesta en marcha de cooperativas de mayores (ver por ejemplo las entrevistas 26, 27 y 28 del caso nº 11). No obstante ambas variantes se asocian a sujetos activos socialmente, participantes (en modalidades diferentes, cierto es), y que buscan las mayores cuotas de autonomía personal posible (en su variante grupal o individual).

Son éstas, posiciones difícilmente compatibles con una situación de dependencia severa (sobre todo en el caso de enfermedades degenerativas, asociadas a dolor y sufrimiento físico agudo o al deterioro cognitivo severo). Se ubican sobre todo en el caso de personas con diversidad funcional (fundamentalmente física, encontrando como caso prototípico el de los lesionados medulares), y también —especialmente la variante colectiva— en el colectivo de mayores que todavía no ha desarrollado dependencia o esta se ubica en niveles bajos.

Por último, en el extremo contrapuesto en el continuo positivo-negativo y en el espacio de la búsqueda y focalización en torno a la autonomía, contamos con la identidad de determinados sujetos que se articula en torno a una conceptualización del sujeto como *sujeto miembro de un colectivo*. Se movería así en el espacio de la autoayuda, reconociendo las necesidades de cuidado (a diferencia del individuo pleno anteriormente comentado que niega sus limitaciones y necesidades). Siguiendo esta modalidad identitaria, la plenitud personal, solo se lograría en el ámbito del grupo (articulándose en torno a la convivencia, a la puesta en marcha de proyectos colectivos, o al espacio de "lo compartido"). Así, el único cuidado no atravesado por el ejercicio de poder es el que se lograría a través de la autoayuda, que se convierte en 'ideal' mientras se pueda articular. No obstante, se trata de un cuidado que escapa del deber personal del familiar cercano y que se centra en la distribución de las responsabilidades —libremente asumidas— establecidas y acordadas grupalmente.

Otra de las modalidades de manifestaciones identitarias de los sujetos cuidados se relaciona con la percepción de sí mismos como *sujetos con derechos* delimitados tanto por su pertenencia a un grupo social que debe hacerse co-responsable de las situaciones de 'diversidad funcional' y de sus mayores (y los procesos de deterioro que conlleva). Puede localizarse tanto en las situaciones institucionalizadas, como en el seno del hogar; en ambos casos se desarrolla un posicionamiento exigente y demandante en relación con el cumplimiento del deber de cuidado y la necesaria reciprocidad para con los más mayores. Así el cuidado es considerado un derecho que ha de ser exigido, respetado y apoyado desde las instituciones. Esta variante identitaria se escora con suma facilidad hacia el sujeto usuario, cliente y consumidor en el ámbito del cuidado profesional y hacia la naturalización del cuidado que es, en principio, dado por supuesto (y relacionado con el desarrollo del mandato social del cuidado a los mayores y el espacio del contra-don). Es el espacio donde la mercantilización de los cuidados adopta una forma apenas problemática.

Para finalizar este complejo sistema de auto-conceptos localizables (que como ya se ha comentado se superponen y solapan recurrentemente) proponemos la última manifestación que remitiría a un tipo de *sujeto con poder y autoridad* sobre el sujeto cuidador (tanto en el cuidado en el seno del hogar, como en la contratación del cuidado en el mercado —ayuda a domicilio, residencias— como en el contexto de los asistentes personales). Se basaría así en un poder basado en el rol familiar (mediado por los vínculos afectivos), y poder basado en la posición en el mercado (posición de contratador), poder de selección, así como de despido. En muchas ocasiones, se produce una despersonalización intensa del sujeto cuidador, que pasa a ser concebido fundamentalmente como instrumento en el proceso de compra (o de consecución) de los apoyos necesarios. Por ejemplo, se habla de "la chica" (una cuidadora interna que convive en su casa desde hace varios años —T3.C4.E10—, sin señalar ni una sola vez a lo largo de la entrevista su nombre), de manera que se considera sólo en relación a su labor instrumental. También encontramos un equivalente en el caso de los asistentes personales, situación en la que hay énfasis en la jerarquía de la relación y donde el asistente está al servicio del contratador/usuario/jefe), quien detenta la potestad para contratar, despedir, fijar horarios y tareas, etc. que en muchas ocasiones se ve reforzado por una importante desprotección del asistente (por ejemplo en relación a sus condiciones contractuales que en muchas ocasiones se materializan en forma de contratos por obra y servicio, al establecimiento de los horarios, etc.).

Como se ha podido ver, la configuración identitaria del sujeto dependiente (en torno a su dependencia) es compleja y multidimensional. Un sujeto en situación de dependencia puede manifestar simultáneamente varios de estos auto-conceptos, evidenciarlos en diferentes momentos del día o manifestarlos de formas diversas en



función de quién constituya el interlocutor, así como del contexto en el que se esté desarrollando.

A continuación vamos a abordar el tipo de modelo hegemónico tradicional del cuidado que involucra tanto al sujeto cuidador como al sujeto cuidado y que se relaciona en buena medida con las conceptualizaciones en torno a la dependencia, el ser dependiente y el “ser cuidado”

---

#### *4. El modelo hegemónico tradicional familiarista de la exclusividad-renuncia en proceso de quiebra: fracturas y tensiones*

A pesar de que la renombrada crisis de los cuidados hace referencia especialmente a la crisis del modelo tradicional familiarista del cuidado, asentado fundamentalmente, en una cuidadora familiar abnegada y entregada que cuida en exclusividad (o con apoyos muy puntuales y siempre residuales) a un sujeto dependiente percibido como necesitado de apoyo y control constante para cubrir sus necesidades fisiológicas y afectivas, dicho modelo continúa constituyendo un referente básico del cuidado en muchas de las situaciones sociales en las que se desenvuelven dichos cuidados. Especialmente en las clases bajas y medias bajas, pero no únicamente, este modelo tradicional ejerce su poder de influencia en cuanto a norma orientadora de lo que constituye el “buen cuidado” y base del bienestar del sujeto cuidado<sup>82</sup>.

Según esta lógica, tal y como vimos en un apartado anterior, el cuidado extra-familiar es considerado como residual y orientado a tareas, incorporando parcialmente lo que constituyen ayudas puntuales (en términos económicos o de servicios) y rechazando de plano el cuidado de carácter institucional al que atribuyen una materialización y concreción del incumplimiento del deber (moral y afectivo) por delegación de obligaciones, así como una percepción de que desde esa modalidad se incide en la categorización del ser cuidado como sujeto cosificado y abandonado en el espacio de

---

<sup>82</sup> En este caso, la exclusividad no se refiere a que la actividad del cuidado se encierre exclusivamente en el sujeto cuidado y el cuidador. En el complejo acto de cuidar normalmente intervienen muchos más agentes. Nos referimos a que la actividad del cuidado del sujeto dependiente y/o con diversidad funcional se concentra de forma primordial en una sola persona. Esta persona, acumula en su persona la mayor parte de las funciones, tareas y obligaciones, al tiempo que, frecuentemente, cuida también a otras personas de su entorno (hijos, a veces nietos, marido...). Incluso, se da la situación de que, en ocasiones, junto a esta centralidad del rol cuidador, se acude puntualmente al mercado de trabajo, al tiempo que se cuida al familiar dependiente, que se alimenta a hijos que han regresado al “nido vacío”, que se coopera con el cuidado de los nietos... Incluso en estos casos de actividad desbordante, a los hijos ya adultos, no se les reclama en ninguna ocasión colaboración en el cuidado (es el ejemplo de T1.C2.E4; Cuidadora familiar clase media baja).

una forma de cuidado burocratizada, anonimizada y despersonalizada<sup>83</sup>. La imagen de las residencias como el tradicional “asilo” permanece todavía operativo en importantes sectores sociales.

Esta lógica tradicional se asienta, por el contrario, en una concepción del sujeto dependiente como sujeto necesitado (que necesita ser protegido, acogido, controlado y atendido) y que genera conmiseración, pero muy especialmente como sujeto que encarna simultáneamente el deber de reciprocidad en el cuidado<sup>84</sup> y la dimensión de sujeto amado.

Esta consideración del sujeto dependiente se encuentra y refuerza en el contexto de la valoración del sujeto cuidador (mujer cuidadora, fundamentalmente) en tanto en cuanto ser capaz de dejarlo todo por el cuidado del ser amado-necesitado, capaz de renunciar a dimensiones complementarias y externas al cuidado que configuran un ser humano en sentido pleno, y de hacerlo, incluso, con satisfacción y complacencia<sup>85</sup>. Esta exclusividad del cuidado, no necesariamente se centraliza en el cuidado de una sola persona, sino que en buena parte de las ocasiones lo que encontramos son cuidados que se superponen y acumulan (de ascendientes, de hijos-as, de nietos,...) y que generan tensiones en torno al orden de las jerarquías de las atenciones. Como es frecuente que los espacios del cuidado se acumulen en las mismas personas (generalmente mujeres) hacia las que hay reclamo de exclusividad o atención intensa, esta sensación de superposición puede llegar a producir sensación de stress y grandes tensiones y malestares<sup>86</sup>. La asunción y naturalización de su espacio de cuidado como

---

<sup>83</sup> “Yo no sé, meterla en una residencia, llevarla ahí. Luego me da pena, porque no sé, porque meter a los padres en una residencia... Al poco tiempo se mueren. Yo creo que es de pena” (T1.C2.E4; Cuidadora familiar clase media baja).

<sup>84</sup> Esta reciprocidad del cuidado se asienta tanto en la lógica del contra-don (esto es devolver lo que le ha sido “donado” a uno), como en la lógica de la generación de expectativas en relación al propio cuidado en un futuro. Esta segunda lógica está en profundo proceso de quiebra, como se pone de relieve en el trabajo de campo. Ninguno de los sujetos cuidadores, incluso los más inmersos en la lógica del discurso familiarista tradicional de la exclusividad, espera que le sea devuelto el cuidado ahora dispensado, por parte de las futuras generaciones. Quizá sea esta quiebra de expectativas la que más evidencia la crisis del modelo tradicional que se está desarrollando. En una de las entrevistas realizadas una persona cuidadora de su marido (en exclusividad) exonera a los hijos de colaborar en lo que para ellos considera una terrible “carga”, cosa que no es denominado así en ningún momento en lo que se refiere a su propia dedicación (T4.EA8; cuidadora familiar de usuario en centro de día).

<sup>85</sup> “ha sido una elección, pero yo considero que tenía el deber yo” (T1.C1.E1; Cuidadora familiar clase media baja); “Ha sido una decisión mía ¿sabes? Creo que lo tenía que hacer. (...) O sea sé que podía poner a alguien que la cuidara, pero quería hacerlo yo” (T1.EA1; Cuidadora familiar. Clase media baja. Con ayuda a domicilio).

<sup>86</sup> La sensación es la de estar siempre corriendo, de un lado para otro, sin parar, desde pronto por la mañana hasta última hora de la noche (“voy siempre corriendo como las motos” (T1.C2.E4; Cuidadora familiar. Clase media baja).

cuidadora en exclusividad, puede llevar incluso a tener que justificar ante otros, que también se asume deberían ser cuidados, no poderles dedicar el tiempo que debieran. Por ejemplo en la entrevista T1.EA2 (cuidadora familiar, clase media baja) la mujer cuidadora llega incluso a decir que “su marido es un santo porque la deja cuidar”.

La renuncia, el sacrificio, la abnegación, la seguridad en la continuidad del cuidado, la adaptación concreta y la exclusividad —y uni-direccionalidad— en el cuidado, configuran así un modelo hegemónico tradicional que encapsula también al sujeto dependiente en una relación de inter-dependencia solipsista ajena al espacio exterior abierto (espacio este, que podría conformarse como espacio estimulante y conformador de sujetos sociales y políticos plenos)<sup>87</sup>. El sujeto cuidador profundiza y se focaliza cada vez más en este cuidado (perdiendo los referentes, los vínculos relacionales<sup>88</sup>, el contacto con el mercado de trabajo y con la esfera pública y social en general) y acaba por centrar sus prácticas (caracterizadas por una enorme dureza) y su identidad en el desempeño de este rol social tensionado tanto por normas morales (el deber de cuidar, reflejarse en el cuidado y que le vean cuidando), como por vínculos afectivos que le ligan inextricablemente y de forma insustituible al sujeto dependiente<sup>89</sup>.

Por su parte, el sujeto dependiente se construye en este contexto como receptáculo (también asentado en la renuncia y la resignación) de ese cuidado exclusivo, distanciándose en buena medida de los accesos más o menos puntuales a otras esferas sociales y políticas concretas. Desde esta posición, asignada en ocasiones y asumida en otras muchas, el sujeto dependiente concentra el conjunto de sus expectativas y experiencias en el sujeto cuidador, conduciendo en muchas ocasiones a una demanda

---

<sup>87</sup> “No hago actividades fuera de lo que es mi día a día, no hago nada. Porque es que estuve haciendo Pilates durante un tiempo, pero es que me faltaba tiempo, Es que no podía. No podía. Entonces dije: bueno no pude ser. Ya habrá un momento para hacerlo” (T1.EA1; Cuidadora familiar. Clase media baja. Con ayuda a domicilio). “Hay días que tengo... no te voy a decir ansiedad, pero tengo momentos... estados de decir: o sea es que no puedo, es que no abarco con tanto...” (T1.EA1; Cuidadora familiar. Clase media baja. Con ayuda a domicilio). En otro caso: “No tengo tiempo, no tengo tiempo,... Yo no tengo vida (...) Nada, nada, porque me necesitan ellas” (T1.EA2; Cuidadora familiar clase media baja).

<sup>88</sup> De hecho, en algún caso en el que la cuidadora en exclusividad ha pasado a liberar algunas horas del cuidado, se señala que es necesario un proceso de aprendizaje, de recuperación de habilidades sociales, de generación de espacios para poder tener relaciones sociales que se han perdido (T4.EA8;. Cuidadora familiar de usuario en centro de día).

<sup>89</sup> Por ejemplo en la E4 del Caso 2 se pone de relieve constantemente, la necesidad de mostrar las renunciaciones al tiempo que se reclama un cierto reconocimiento del cumplimiento del rol de “buena hija” (T1.C2.E4) y señala la imposición moral que supone para ella el cuidado de su madre “porque ya es mayor; si hoy no lo hago bien el día de mañana a mí, lo sé que me va a pesar mucho. Entonces, me gusta estar tranquila y decir: “lo he hecho bien” (T1.C2.E4; Cuidadora familiar, clase media baja) o en otra ocasión “Estar con ellos y dejarlo todo, claro. Es decir, no puedes disfrutar... Pero bueno, tengo que estar... que me da igual no salir y estar con ella. (T1.C2.E4; Cuidadora familiar, clase media baja).

creciente de atención y cuidado en una situación de reforzamiento de esta lógica de la exclusividad<sup>90</sup>.

En los casos de dependencia severa, este modelo de la renuncia-resignación se desplaza frecuentemente hacia una cosificación ambivalente en la que el ser cuidado se construye como “la carga” de un cuerpo que hay que mantener, supervisar y cuidar, pero que es cuerpo de un sujeto amado y/o hacia el que se genera un deber moral y en el que el sujeto dependiente tiende a percibirse a sí mismo en estos términos, como “carga” bajo la entera responsabilidad de sus seres amados (o con las obligaciones de hacerlo).

Así, el modelo hegemónico socialmente privilegia esta lógica de la exclusividad y la renuncia que afecta tanto al sujeto cuidador (cuidadora esencialmente) como al sujeto cuidado, limitando y aislando a ambos de la disponibilidad y desarrollo de espacios alternativos de desenvolvimiento individual y colectivo.

Esta lógica tradicional de la exclusividad-renuncia se ve quebrada desde muy diversos frentes, de forma que nos encontramos en un momento de profunda erosión de sus fundamentos. Muchos son los factores y elementos (tanto materiales, como ideológicos) que inciden en este proceso de fractura y quiebra del modelo.

Como ya se ha repetido hasta la saciedad, uno de los principales factores que ha incidido en la crisis de la forma tradicional y familiarista de los cuidados se relaciona con la incorporación masiva de las mujeres al mercado formativo y laboral. Esta apertura y diversificación de los espacios femeninos ha contribuido de manera fundamental a quebrar los pilares en los que se asentaba el modelo tradicional, impidiendo materialmente el desempeño de la exclusividad en las labores de cuidado que ha sido el eje en torno al que se había articulado dicho modelo. Este proceso se ha visto intensificado en muchas familias como consecuencia de la crisis económica y el incremento desbocado del desempleo que ha incidido de manera fundamental en la necesidad de muchos hogares de contar con los recursos (a veces complementarios, a veces exclusivos) de muchas mujeres previamente cuidadoras familiares en exclusividad a través de su incorporación en el mercado de trabajo<sup>91</sup>. Esta incorporación se ha producido, generalmente, de forma muy precaria y, muchas de las veces, en el sector no formalizado, en especial en el ámbito del servicio doméstico (y, en ocasiones hacia el cuidado de personas mayores en contexto extra-familiar). Es el

---

<sup>90</sup> “Se enfada porque nada más quiere que esté sentada con ella, hablando...; que no haga nada. Cuando tengo todo sin hacer” (T1.C2.E4; Cuidadora familiar clase media baja).

<sup>91</sup> La incorporación en el mercado de trabajo y la necesidad de delegar el cuidado se vive por parte de la cuidadora principal con mucha tristeza “me daba mucha pena que se fuera a las 8 de la mañana, pero es que no había otra historia” (T1.C1.E1; Cuidadora familiar clase media baja).

mismo tipo de desplazamiento en las cadenas de los cuidados que en otros contextos y tiempos han sufrido las cuidadoras profesionales migrantes que ocuparon masivamente los espacios de la subcontratación del cuidado en los hogares en los que se estaba produciendo la incorporación al mercado de trabajo de un sector importante de las mujeres. La obligación de subcontratar una parte importante del cuidado que venía siendo desarrollado en el seno del hogar familiar o bien de hacerlo en instituciones de cuidado ha provocado transformaciones esenciales tanto en la conceptualización del cuidado, que ahora ha de ser compartido en y fuera del hogar, como en el auto-concepto del sujeto cuidado que en muchas de las ocasiones pasa a vivenciarse sobre la pérdida de dicha exclusividad bajo el sentimiento de abandono y soledad<sup>92</sup>.

Uno de los espacios sociales en los que el modelo hegemónico tradicional se ve más relegado es el de las clases medias altas y altas, en las que en buena parte de los casos han tenido la oportunidad de contar con apoyos domésticos, así como para el cuidado, incluso, en una parte de ellos, en sus propios hogares de procedencia y socialización, con lo que dicha externalización se incorpora de forma prácticamente naturalizada. En estos casos, la externalización de una parte importante de los cuidados hacia cuidadores profesionales que desempeñan su trabajo en el hogar o, incluso, la disponibilidad de recursos para poder financiar la institucionalización total o parcial de los sujetos dependientes en residencias y centros de menor tamaño y mayor disponibilidad de recursos, medios, servicios, etc. (que se asemejan en mayor medida a la estancia hotelera clientelar que a la lógica de la institucionalización anonimizada), posibilitan un distanciamiento no problemático en relación al modelo tradicional anteriormente mencionado. Dicha naturalización de la externalización, así como la disponibilidad de recursos permiten subcontratar holgadamente una parte importante del cuidado, liberando tiempo y esfuerzo que pueden dedicarse a otras actividades. Al mismo tiempo en el caso de los sujetos cuidados permite un deslizamiento básico desde la lógica de la renuncia-resignación (que caracteriza el modelo tradicional) a la lógica clientelar del sujeto que compra-paga servicios y apoyos. En algunas de las ocasiones, la contrapartida a esta posibilidad de escapar de la lógica de la exclusividad-renuncia en el ámbito de la familia, es que se deslice hacia el cuidado delegado y también exclusivo de la persona que se contrata para conseguir dicha externalización. No en pocas ocasiones la persona cuidadora externa pasa a asumir prácticamente la totalidad de las tareas del cuidado (muchas veces de una tremenda dureza), a las que se suman las del cuidado del hogar, y en los casos de las personas internas, el cuidado nocturno, en una situación de subordinación y en muchos casos dependencia

---

<sup>92</sup> [Parafraseando lo que le dijo su madre cuando estaba ya dependiente] “no quiero ser una vieja que huela a meado, ni que me llevéis al asilo” (T1.C1.E1; Cuidadora familiar clase media baja).

(dependencia vinculada a la posibilidad o la promesa de disfrutar de requisitos que permitan la regularización de las personas inmigrantes, o la disponibilidad de un salario digno). En estos casos de atención exclusiva externalizada, surge la problemática de la necesidad de compatibilizar y combinar otros cuidados (profesionales y familiares), que permitan cumplir horarios de trabajo dignos y el disfrute de tiempo libre para la trabajadora<sup>93</sup>. La exclusividad, en estos casos concentrada en la trabajadora migrante, se acrecienta a medida que va aumentando su habilidad en el tratamiento y cuidado de la persona dependiente (por ejemplo acudiendo a cursos o a centros donde le enseñan a mover a una persona paralizada, a levantarlo cuando se cae, etc.) y la trabajadora se hace cada vez más y más dependiente...<sup>94</sup>.

Por otra parte, la incidencia de los discursos feministas que, difundidos y amplificados a través de los medios de comunicación, han hecho hincapié en la visibilización del trabajo de cuidados así como en su dignificación y re-conceptualización (hacia la esfera del reconocimiento del espacio social de los cuidados como espacio laboral que debería ser remunerado y resignificado y hacia una politización del proceso de cuidado acompañada de reivindicaciones hacia la responsabilidad colectiva del cuidado). Estos discursos, parcialmente apoyados y difundidos desde las esferas de aplicación de la Ley de Dependencia (por parte de los sujetos agentes responsables de su implantación), sin necesidad de ser asumidos por los sectores sociales a los que de una forma u otra alcanzan, han contribuido en buena manera a una transformación ideológica todavía censurada, pero que emerge con gran facilidad<sup>95</sup>. De hecho en el trabajo de campo realizado, estas reivindicaciones de dignificación y reconocimiento, no emergen espontáneamente más que en unos pocos de los casos del cuidado familiar, y cuando lo hacen es, en buena medida como respuesta a un planteamiento directo hecho por

---

<sup>93</sup> En uno de los casos (nº 4) la cuidadora familiar de clase alta de un hijo adulto con parálisis, señala las dificultades que tiene de encontrar una persona que sustituya los fines de semana a la cuidadora externa principal, añadiendo que “es muy difícil encontrar a alguien que se sacrifique “como lo hace la persona ya contratada por cuatro años (a la que, sintomáticamente, siguen sin llamar por su nombre, sino con el sustitutivo “esta chica”) (“Hay muy pocas personas preparadas para atender a un enfermo así, muy pocas. Y luego que tengan espíritu de sacrificio y que lo hagan con cariño” (T3.C4.E10; Cuidadora familiar, clase alta. Con prestación económica).

<sup>94</sup> En T3.C4.E11 (cuidadora profesional interna migrante), la propia trabajadora llega a señalar que es difícil, incluso, encontrar el hueco para ir al cuarto de baño o para acudir a una consulta médica). Además de la dureza de la situación vivida, de dedicación exclusiva e intensa, en hogar ajeno en situación de subordinación se suma el dolor de la separación de los hijos y familia que permanecen en el lugar de origen y a quienes van destinados casi la totalidad de los ingresos que consigue.

<sup>95</sup> En una de las entrevistas, una mujer cuidadora señala de su vecina que es “doctora en las labores” (T1.C1.E1; Cuidadora familiar clase media baja).

parte de la entrevistadora (de hecho, en muchas ocasiones la propia situación de entrevista, parece poner en valor el trabajo de los cuidados). Es así que el discurso de resignificación de los trabajos de los cuidados y su responsabilidad, si bien, podemos considerar que tiene por delante un largo recorrido de difusión, interiorización y transformación de las prácticas en la mayor parte de las mujeres cuidadoras y de la sociedad en su conjunto, sí parece estar contribuyendo a relajar las censuras morales que apuntalan el modelo tradicional familiarista de la exclusividad y la renuncia<sup>96</sup>.

Simultáneamente, de manera muy especial en los contextos de cuidado de situaciones de diversidad funcional (donde los movimientos y los discursos reivindicativos de la resignificación de la dependencia y la discapacidad han tenido ya un largo recorrido y una gran aceptación y difusión), el modelo del sujeto dependiente, hiper-protegido y desvalido que renuncia a su autonomía y resignado a ser tutelado, se desplaza hacia el modelo de conceptualización del sujeto cuidado como sujeto autónomo, como sujeto “conviviente” y/o como sujeto de derechos. En estas situaciones, se diluye la noción de cuidado y/o de dependencia, asociándose en mayor medida a posiciones de negociación, reconocimiento mutuo e inter-dependencia. Este desplazamiento en la consideración del sujeto cuidado es mucho más frecuente (aunque no exclusivo) en situaciones de dependencia moderada<sup>97</sup> y encuentra sus exponentes máximos en algunas iniciativas en las que se propone el desarrollo de formas alternativas de cuidado, como es el caso del Foro por una Vida Independiente, los programas de asistentes personales y las iniciativas comunitarias de apoyo mutuo en personas de la tercera edad que han desembocado ocasionalmente en la constitución de cooperativas.

Otro de los elementos que no hay que olvidar está incidiendo en la crisis del modelo tradicional es la hegemonía a nivel macro-social de los valores y prácticas del hedonismo, de la estimulación y la preeminencia del “sentirse bien” a costa del retroceso y repliegue de los valores relacionados con el sacrificio, la renuncia y la abnegación. Estos discursos hedonistas centrados en la necesidad de “sentirse bien” atraviesan el imaginario colectivo de las sociedades occidentales de consumo, no pudiendo ser ajenos a los contextos del cuidado. Tanto en lo que respecta a los cuidadores familiares como a los sujetos cuidados, la necesidad de “sentirse bien” desplazando el espacio del sufrimiento, se constituye en elemento central

---

<sup>96</sup> “¿Crees que la gente lo valora y que está reconocido este trabajo? - Yo creo que sí. Porque no sé. Es un trabajo para valorar. O sea, no sé, para admirarlo ¿no? Es un trabajo.” (T1.C2.E4; Cuidadora familiar. Clase media baja)

<sup>97</sup> Tiende a hablarse en mayor medida de “compañía” de “acuerdos”, de “negociaciones”. En muchos casos cuando la dependencia es pequeña hay negociación desde el principio, incluso planificación en el cuidado futuro, con acuerdos interpersonales. Más que estar en el rol de cuidador, se con-vive (T1.C1.E1; Cuidadora familiar clase media). “No es cuidado, porque es que ella tampoco necesita mucho cuidado” (T1.C1.E1; Cuidadora familiar clase media).

transformador. En muchas ocasiones dicha dedicación al auto-cuidado en el caso de los cuidadores familiares se ve fomentada desde las instancias administrativas y desde los agentes encargados de la implementación de la ley de dependencia (con la edición de manuales de autocuidado o el desarrollo de cursos formativos y talleres de autocuidado). La tensión que dicha transformación de valores introduce en el modelo tradicional de la renuncia, provoca que, en no pocas situaciones, las prácticas (o los simples deseos) de autocuidado se acompañen de culpa<sup>98</sup> y se revistan de argumentos en los que se plantean como propuesta funcional de cara a enfrentar un mejor abordaje de las propias labores de cuidados.

Por otra parte, estos valores centrados en el disfrute, también tienen amplio calado en el tipo de horizonte que se despliega en relación al sujeto cuidado. Así la posibilidad de contar con recursos y espacios estimulantes y gratificantes, que despliegan su oferta fuera del hogar (en los centros de día por ejemplo, en la organización de salidas, actividades,...), contribuye también en buena medida a fragilizar el discurso familiarista de la exclusividad. Así, para el sujeto cuidado, el cuidador externo, o el centro de actividades donde acude, contribuye a incorporar la novedad en la cotidianidad, a romper con la rutina, a regenerar la posibilidad de establecer relaciones personales, nuevas negociaciones de roles que pueden, incluso, romper con los roles asumidos en el seno de la familia. Este conjunto de tensiones tienden, así, a desplazar la conceptualización del sujeto dependiente hacia modalidades asentadas en el sujeto autónomo con un centramiento fundamental de la lógica clientelar (sujeto-cliente) y del sujeto autónomo, pleno y abierto a proyectos de vida.

Siguiendo con las transformaciones en curso en el modelo ideológico general, no hay que olvidar cambios significativos que refuerzan esta tendencia. Algunos de los más destacados se relacionan con la llamada “norma social de autonomía” que acompaña inextricablemente al proceso de individualización, según la cual, la aspiración de todo ser humano ha de pasar necesariamente por un mantenimiento e incremento (en lo posible y como aspiración) de las cotas de autonomía personal. Esta idealización abstracta de la autonomía que eclipsa las múltiples dependencias a las que cotidianamente se somete el ser humano, tiene su correlato en la meta básica perseguida en buena parte de los programas de atención a las situaciones de dependencia y de manera ejemplar en la Ley de Dependencia y promoción de la autonomía personas (La LAAD, como ya se ha comentado previamente) y provoca inexcusablemente quiebras hacia la ruptura del modelo tradicional asentado en la

---

<sup>98</sup> “No he ido por el tema de que... de que, bueno... de que... Es que si me voy parece que no estoy a gusto conmigo misma, porque creo que estoy haciendo falta donde tengo que estar y... Es un poco complicado” (T1.EA1; Cuidadora familiar. Clase media baja. Con ayuda a domicilio).



renuncia y la dependencia tensionando hacia el desarrollo de un auto-concepto y valoración externa del sujeto como sujeto autónomo que es capaz de superar y contrarrestar sus limitaciones con apoyos y asistencia (en este sentido es paradigmático el modelo de los asistentes personales introducido por la LAAD).

Otra transformación ideológica fundamental se relaciona con la quiebra simultánea del modelo tradicional de la masculinidad que incide en este sentido en el desarrollo de espacios de mayor colaboración inter-géneros en las labores de cuidados, incluso en la multiplicación (todavía minoritaria) de sujetos varones cuidadores a tiempo completo. Bien es verdad que en los casos en los que el varón se incorpora al cuidado, la lógica de la exclusividad está prácticamente ausente, redundando, en este sentido, en la fractura del modelo tradicional. Es como si en el caso de los varones no se esperara de ellos que se mantuvieran insertos en el modelo de la renuncia y la exclusividad y como si la compatibilización de actividades y la delegación de parte del cuidado estuviera, en su caso, no solo tolerado sino incluso incentivado.

Otro de los factores cruciales que se han podido constatar que están incidiendo en esta quiebra del modelo se relaciona con la extensión del discurso de la necesaria profesionalización del cuidado orientado a conseguir “cuidado de calidad” desempeñado por quienes acreditan las competencias para su desenvolvimiento. La expansión de este discurso no es ajeno a las presiones concomitantes que desde el sector de las empresas de servicios de cuidados profesionales, se ha ejercido, tanto en la concreción del marco legislativo regulador de la dependencia y los cuidados (la LAAD en este caso) como en la especificación de los criterios, elementos y competencias atribuibles a quienes se han formado y han certificado su versión sobre el “buen cuidado”, de manera fundamental de carácter institucional. En este sentido la estrecha vinculación que se establece entre cuidado profesional y cuidado de calidad, provoca simultáneamente una revalorización del trabajo de cuidados desempeñados por profesionales de área (especialmente profesionales cualificados), al tiempo que des-valoriza el cuidado desarrollado en el ámbito familiar. Este conjunto de transformaciones en los criterios de valorización del cuidado provoca necesariamente fracturas en el modelo tradicional familiarista, afectando tanto a la identidad del sujeto cuidador exclusivo (y abnegado) como las expectativas del sujeto cuidado, consciente y orientado valorativamente por el desarrollo de los discursos de la profesionalización, provocando nuevamente el desplazamiento hacia conceptualizaciones más clientelares del sujeto cuidado, así como en su articulación como sujetos con derechos. Al mismo tiempo, la entrada en escena de los cuidadores profesionales introduce en el espacio del cuidado novedades estimulantes para el

sujeto cuidado<sup>99</sup>, que queda así abierto a la incorporación de acontecimientos, de actividades, de relaciones sociales, de re-negociación de roles y de rituales menos definidos (con los aspectos positivos y negativos que estas transformaciones pueden suponer para el sujeto cuidado). Al mismo tiempo, en el espacio del cuidado profesional, la compleja batalla por la construcción de espacios afectivos (o por conseguir su distanciamiento), posibilita que estos espacios se encuentren más desligados de las obligaciones impuestas y asumidas en el entorno familiar, posibilitando un espacio retador para el sujeto cuidado.

Otro aspecto que se destaca reiteradamente en el trabajo de campo realizado se relaciona con la reivindicación de la mayor potencialidad del incremento de autonomía del sujeto cuidado tanto en los centros del cuidado (centros de día y residencias) como en el caso del cuidado profesional en el hogar, posibilitando el desarrollo de actividades y tareas de forma autónoma que no se realizan en el espacio familiar<sup>100</sup>. Habría que interpretar que en este proceso podrían estar interviniendo elementos que tensionan en una doble dirección: tanto hacia una mayor tendencia al tutelaje y la infantilización en el entorno familiar, como en una mayor exigencia de atención y cuidado por parte del sujeto cuidado que se despliega hacia el cuidador familiar.

Por otra parte, en el caso de sujetos dependientes que pasan mucho tiempo solos (y que, en muchas ocasiones, se auto-conceptualizan como sujetos abandonados), el cuidado profesional viene a funcionar como sustitutivo (funcional y en ocasiones afectivo) de la familia, desempeñando un rol prácticamente sustitutorio y garantizando en muchos casos una atención, supervisión y escucha regular y/o constante que de otra forma no estaría presente<sup>101</sup>. Incluso, especialmente en el ámbito de la tele-asistencia, se convierte en una atalaya fundamental para detectar situaciones de posible desamparo. El espacio menos cargado afectivamente y más distante emocionalmente del cuidado profesional —todavía más el que se da en la distancia, como es el caso de la teleasistencia— permite que se convierta en espacio de explicitación de elementos silenciados en la familia, especialmente la soledad. En casos

---

<sup>99</sup> Una mujer cuidadora familiar señala que lleva a su hijo a rehabilitación, porque aventura que es esa la parte más vital y positiva de su hijo con parálisis, dice que allí le hablan del mundo, sale de casa, ve a otras personas que le cuidan, “para él, eso es la vida” (...) en la rehabilitación “le hacen estar en la vida de todo. O sea le cuentan el día que es, le siguen la conversación de los deportes” (T3.C4.E10; Cuidadora familiar. Clase alta, con prestación económica).

<sup>100</sup> “No te lo puedes imaginar. Por ejemplo, le hacen vestir que no puede” (T3.C4.E10; Cuidadora familiar. Clase alta, con prestación económica).

<sup>101</sup> Esto está especialmente presente en el discurso de los profesionales de la tele-asistencia, los de ayuda a domicilio y de los trabajadores auxiliares en residencias. Dice por ejemplo una auxiliar a domicilio “nos da mucha tristeza de ver que las personas están solitas y dicen que no... que los hijos así se olvidan de ellos y no tienen a quien recurrir” (T1.C2. E7; Profesional de ayuda a domicilio).

de vivencia de soledad, la teleasistencia se convierte en el espacio de la protección regular (llaman como mínimo una vez a la semana). En las entrevistas a profesionales se explicita cómo los recortes en este sector, tanto en teleasistencia, como en ayuda a domicilio, como en las residencias, conlleva la necesidad de atender a más personas con menos recursos provocando un cierto escoramiento hacia un tipo de tratamiento más despersonalizado<sup>102</sup>.

A pesar de todos estos elementos y factores que de forma reforzada (y a veces multiplicada) están incidiendo en el proceso de quiebra radical que se está desarrollando en relación con la lógica del cuidado familiarista tradicional de la exclusividad y la renuncia, y que han provocado, por lo tanto, una reorganización del conjunto de campo de fuerzas, el modelo sigue ocupando una posición hegemónica en importantes sectores sociales, en tanto en cuanto, al convertirse en referente moral del “buen cuidado” consigue impregnar y condicionar otros posicionamientos material o ideológicamente distantes. La defensa de prácticas diferentes a esta lógica de la exclusividad-renuncia en el seno de los cuidados familiares, en buena parte de los casos, se ve acompañada de la necesidad de explicitar la asunción de alternativas por imperativo laboral y vital, de racionalizar con extensas argumentaciones las bondades de los modelos alternativos, o de la emergencia de un sentimiento de culpa, presente en buena parte de estos espacios sociales del cuidado, que, como se ha señalado, están mucho más presentes en los sectores sociales que cuentan con menos recursos económicos en el hogar.

---

**5. *La Ley de atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía (LAAD) como elemento desestabilizador del modelo hegemónico tradicional y potenciador de nuevas hegemonías***

En primer lugar hay que señalar que, en el discurso de las familias y también de los dependientes, la LAAD no aparece como referente clave y ni siquiera está presente en buena parte de los discursos. Además, no hay una percepción de la ley como tal, como reforma legislativa que regula derechos de las personas dependientes y de sus cuidadores, sino que, sin saber exactamente cómo nombrarlo, hace referencia a las prestaciones y servicios (no percibidos de forma integrada) que pueden estar a su disposición a partir de las medidas que se proponen en la ley. Hay confusión<sup>103</sup>. en

---

<sup>102</sup> “Claro, la cantidad. Ellos se graban las llamadas y al Ayuntamiento le llega el número de llamadas que se hacen. Entonces si la persona está llorando, pues —córtale rápido— No puedes, ya está” (T1.C2.E6; Personal de tele-asistencia).

<sup>103</sup> Sí, vino una... —no sé si será asistente social, enfermera o como sea—, viene con un ordenador chiquitito y la estuvo mirando. No sé qué apuntó” (T1.C1.E1; Cuidadora familiar clase media baja). “Vienen a bañarla una chica de estas de la asistenta [refiriéndose a la

cuanto a cómo nombrarlas, en relación a los niveles de la administración responsables de su implementación, a las relaciones que mantienen entre sí, a los derechos que se les garantizan y el espacio asignado a la responsabilidad colectiva y pública en relación con la dependencia

Generalmente, solo se muestra de forma explícita en el discurso bajo estímulo de la persona entrevistadora y sigue pesando fundamentalmente la imagen de la ayuda familiar al cuidado de la persona dependiente, concibiéndose ésta como una especie de “paga graciable”, que se ha de solicitar en la actualidad si en el futuro hay alguna posibilidad (remota) de su disfrute<sup>104</sup>.

En los casos en los que ya han llegado a disfrutarlo (pocos en nuestro trabajo de campo) tiene el efecto de aproximar y materializar la ley, aunque se mantiene la sensación de provisionalidad, de no acabamiento, de que habrá de modificarse en breve.

Por otra parte, los servicios que introduce en términos de ayuda a domicilio y tele-asistencia tienden a percibirse como mera continuación, sin ruptura, ni casi percepción de especificidad de lo que anteriormente constituía la ayuda del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y la tele-asistencia, gestionadas por los centros de servicios sociales. Generalmente se habla de las ayudas del ayuntamiento, o de “la chica que viene del ayuntamiento” (T1.C1.E1. Cuidadora familiar clase media baja). En realidad las que si se muestran presentes son las trabajadoras sociales del ayuntamiento. Más allá de ellas, la Ley (así como la responsabilidad de la Comunidad de Madrid) se percibe como lejana, distante, lenta y fiscalizadora (T1.EA1. Cuidadora familiar. Clase media baja, con ayuda a domicilio).

A pesar de estar muy desdibujada, en general, la valoración de la ley es positiva, aunque más por lo que se propone que por lo que realmente supone para los sujetos dependientes (y sus cuidadores familiares). El sujeto dependiente, cuando toma conciencia de las implicaciones de la ley (esto no es siempre así, como no lo es tampoco en el caso de sus cuidadores familiares) valora de forma fundamental la posibilidad de contar con una ayuda económica que, aunque destinada al cuidado en el entorno familiar, puede como sujeto agente (en el que se privilegia su conceptualización como cliente) organizar y reorientar hacia formas de cuidado

---

trabajadora social del centro de servicios sociales]” (T1.EA2; Cuidadora familiar Clase media baja).

<sup>104</sup> T4.C5.E12 (cuidador familiar jubilado) apunta que cuando le concedieron la ayuda de la LAAD se sintió como si le hubiese tocado la lotería. En el caso T1.EA1 (cuidadora familiar, clase media baja) se señala insistentemente lo maravillosas que son las personas que intervienen en los diversos recursos. Considera que es cuestión de suerte o de la ayuda de Dios.

externalizadas y alternativas. Se valora muy positivamente los espacios de atención directa, supervisión y colaboración que, aunque de forma parcial, se introducen en el caso de personas cuidadoras insertas en el mercado de trabajo, que ven a través de estos recursos (tele-asistencia, ayuda a domicilio, centros de día...) la posibilidad de prolongar el cuidado y la supervisión en los espacios de ausencia.

Además, se valora muy positivamente los recursos que se ponen en marcha que contribuyen a aligerar el sobreesfuerzo de la familia cuidadora, especialmente en el caso de las cuidadoras en exclusividad que pasan a incorporar en sus experiencias el disfrute de “espacios liberados”, así como a aliviar la sensación de “carga” vivida en ocasiones por el sujeto cuidado; se valora la posibilidad de acudir a centros donde se multiplican las actividades disponibles, las personas con las que se entra en contacto (fomentando las relaciones sociales) y el personal técnico que les atiende. Por otra parte, la ayuda económica directa, es todavía vivenciada por determinadas familias con cierto pudor y dificultad incluso de nombrarla<sup>105</sup>.

Finalmente, por parte del sector más militante a favor del fomento de la autonomía se valora, de manera fundamental, el programa de asistentes personales que posibilita, mediante los procesos de instrumentalización de los apoyos y ayudas suplir las limitaciones introducidas por la discapacidad de que se trate en cada uno de los casos (este discurso de valoración de los programas de los asistentes personales está especialmente desarrollado en el sector perteneciente al Foro por la Vida Independientes, del cual contamos con algunas entrevistas).

Lo que principalmente se critica de la ley es la lentitud en la resolución de las solicitudes, que provoca que en muchos casos, cuando la ayuda o servicio se materializa la persona en cuestión ya ha muerto o ha cambiado su situación de dependencia (lo cual obliga, en muchas ocasiones, a iniciar los trámites desde el principio, incluyendo las valoraciones —espiral burocrática—). Otro elemento que se comenta es la inflexibilidad de los horarios que se conceden con la ayuda a domicilio, que se señala que en ocasiones no se adaptan a las necesidades de los hogares que los reclaman. También se referencia como crítica el limitado número y carácter de los centros de día y residencias que se ofertan. De los centros de día se señala que faltan establecimientos que se adapten a personas que aún se pueden defender, física y/o cognitivamente.

Como se ha comentado previamente, la LAAD insta elementos, categorizaciones del cuidado y de los sujetos cuidados, de la autonomía, del trabajo de cuidados y de las

---

<sup>105</sup> “Ella me va informando. Entonces me dijo que por qué no solicitaba este tema y tal” (la palabra ayuda económica, ni nada que se le parezca se muestra en el discurso). En muchas ocasiones, parece haber una cierta autocensura en relación a los asuntos económicos relacionados con la ley (T1.EA1; Cuidadora familiar. Clase media baja. Con ayuda a domicilio).

responsabilidades que, a pesar de su carácter transgresor en relación con el modelo tradicional de la exclusividad y la renuncia anteriormente señalado, potencia y promueve nuevas hegemonías caracterizadas por la preeminencia del discurso organoléptico y sanitario (dependencia como ausencia de salud o como problemas que obstaculizan el desempeño de las actividades básicas que conducen a la autonomía — de carácter funcional e individual predominantemente—, asociado a la asistencia socio-sanitaria y a la realización de tareas), potenciando de esta manera la conceptualización del sujeto cuidado en su dimensión corporal (cosificada por lo tanto) y descuidando la dimensión política y social de la interdependencia y la consideración de las asimétricas relaciones de poder que frenan el planteamiento de derechos y obligaciones en el ámbito público, comunitario y extra-familiar.

Así pues, la LAAD plantea una ruptura (ambivalente) con el modelo tradicional español de atención a la dependencia (asistencial y familiarista), ya que por una parte regula y universaliza el derecho a la asistencia extra-familiar (aunque finalmente, en la implementación concreta no se haya llegado a universalizar), por otra parte re-valoriza el trabajo de cuidados y potencia actividades de auto-cuidados para el cuidador, pero por otra parte, por la manera en que se ha formulado y aplicado, potencia una concepción limitativa y eminentemente individualista, organoléptica y acumulativa de la autonomía en el caso de las personas dependientes (a las que gradúa y organiza en función de sus “carencias” y sus limitaciones en la realización de tareas<sup>106</sup>) y refuerza, a través de las ayudas económicas familiares, el cuidado en el seno del hogar, potenciando así, parcialmente, el modelo familiarista de la exclusividad.

Para terminar, La LAAD potencia una lógica clientelar en la conceptualización del sujeto dependiente al plantear que la prestación económica a la familia se otorga a la persona dependiente que será quien elija a través de esa retribución individualizada (siguiendo el modelo del cheque educativo o sanitario) el tipo de servicio que necesitaría/querría recibir o si, por el contrario, capitaliza la ayuda para otro momento de mayor necesidad<sup>107</sup>. No obstante, en una parte importante de los casos, la ayuda familiar no se vincula directamente a la persona dependiente sino al cuidador y es concebida como si fuera una especie de salario y/o beneficio<sup>108</sup> por la actividad de

---

<sup>106</sup> Una crítica interesante que se señala en este sentido es que la atribución del grado de discapacidad es un proceso totalmente arbitrario en el que incide de manera diferencial tanto la persona que valora, como el momento y día en el que se encuentra la persona a ser valorada (no todos los días se encuentran igual) (T4.EA8, Cuidadora familiar de usuario en centro de día).

<sup>107</sup> “Le mandan un dinero, pues lo tenemos en su cuenta para lo que haga falta” (T1.C1.E1; Cuidadora familiar clase media baja).

<sup>108</sup> “La ayuda económica. O sea, como si yo la cuidara siempre”; “hasta el mes pasado no he tenido beneficio” (T4.C5.E12; Cuidador familiar jubilado. Clase media alta).

cuidar que implícitamente se rechaza, aunque no sean inmunes a ella— del cuidado como resultado de la *asunción de un deber social*, y en ese sentido, un mandato impuesto desde fuera (basado en las normas, la tradición, o el ‘qué dirán’). En ocasiones, el deber asumido es también correlato de un *sentimiento de deuda* (especialmente con respecto a los padres), por lo que el cuidado se configura además como un verdadero *contradón*<sup>109</sup>.

---

<sup>109</sup> Para una exploración de la lógica *don-contradón*, la referencia clásica fundamental es Mauss (1979), aportaciones más recientes son las de Godelier (1998) y Berking (1999).

# CONCLUSIONES



La publicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia ha constituido un importante hito en la consolidación y modernización de nuestro estado social. Este tipo de intervenciones legislativas y de dispositivos de regulación gubernamental constituyen espacios particularmente relevantes para el estudio de posibles cambios inducidos en los pilares sociales y normativos que fundamentan y conforman un orden social. Esta ley puede entenderse no sólo como respuesta a las aporías inducidas tras las evoluciones sociales recientes, sino también, y como resultado de estas, ha permitido inducir un estado reflexivo que podría reformular las premisas morales que orquestan el orden político en nuestras sociedades occidentales.

Dos grandes líneas de reflexión se han visto inducidas y alentadas por esta ley. Por un lado, aquellas que, procedentes de los movimientos feministas y otros movimientos sociales de individuos en situación de diversidad funcional o vulnerabilidad, han puesto el énfasis en los perversos pilares ideológicos en los que se asientan nuestras sociedades occidentales, en donde el mito de autonomía y de autosuficiencia bajo el que se corona y ontologiza al individuo de la modernidad, tras la instalación sin ambages de una categoría referencial de individuo como sujeto autocontenido, autónomo y autosuficiente, no permite visibilizar la profunda vulnerabilidad que caracteriza de forma inmanente al ser humano. La cuestión de los cuidados ha servido como catalizador de una interesante discusión acerca de, por un lado, la relación entre los pilares axiológicos de nuestras sociedades occidentales y la reproducción de estructuras de desigualdad (véase, capítulo 2), y, por otro, la relación inexorable que se configura entre las tecnologías del poder y formas de subjetivación y producción de identidades sociales (véase, capítulo 3).

Por otro lado, esta situación de revisión profunda del significado de la vulnerabilidad, de los cuidados y de su vínculo con las identidades de género se ha visto apoyada por las demandas de numerosos movimientos de mayores, vinculados en ocasiones a actores institucionales, como es en el caso en España del IMSERSO, y por un clima político (resultado, en parte, de la influencia cognitiva de las instituciones europeas y de la regulación supranacional) favorable, no solo a la reformulación de los fundamentos morales y políticos en los que se había basado la microsolidaridad y la atención a la dependencia, sino también al control del acceso, calidad y naturaleza de las actividades de cuidados. La calidad del cuidado aparece como una dimensión central de la cuestión social de las sociedades modernas.

La LAAD, aunque inmadura y poco ambiciosa en sus objetivos (tal y como se refleja en el capítulo 4), ha constituido sin duda un importante acicate para repensar nuestras sociedades, sus bases morales y sus compromisos políticos. Este potencial inmanente a la ley se asienta no sólo en el reconocimiento político de una ineludible revisión de estos fundamentos éticos y ontológicos dados por supuesto acerca de los cuidados y

de la vulnerabilidad, sino también como catalizador latente de una profunda reformulación de las relaciones políticas de género y de cuidados. La publicación de la LAAD podría contribuir, por tanto, a producir marcos interpretativos alternativos con los que pensar los cuidados que reformulen las dicotomías anteriores establecidas entre dependencia/autonomía, productivo/improductivo, privado/público, masculino/femenino que configuran el orden social de género. En este sentido, consideramos que esta ley puede inducir un nuevo paradigma epistémico, esto es, un modo alternativo de nombrar la vulnerabilidad y asignar, a un mismo tiempo, responsabilidades para combatirlo.

El objetivo de este estudio ha sido analizar el impacto de esta ley en la reconstrucción de sujetos políticos, tanto en términos de relaciones de género como de relaciones de (inter)dependencia entre las partes implicadas en la relación de cuidados. Este estudio aborda esta temática desde diversos frentes. En primer lugar, y basándonos en fuentes estadísticas secundarias, hemos estudiado en el capítulo 5 el impacto social de esta ley, esto es, su dimensión y alcance, el perfil sociodemográfico de las personas implicadas, su evolución y sus implicaciones. Tal y como se ha puesto de relieve, el número de personas (y de recursos) que requerían de esta intervención fue mucho mayor del proyectado, siendo la ley muy limitada en cuanto a la cobertura de las necesidades de este colectivo. Además, ha podido observarse la importancia que adquiere la opción de prestación económica para cuidados en el entorno familiar, que fue presentada en la ley como una excepción, pero que ha resultado ser una de las más elegidas por la mayoría de las personas. El análisis empírico, cubierto en la segunda parte, permite dar pistas de las razones que explican esta situación de predominante búsqueda de respuestas a la situación de vulnerabilidad en el seno de la familia.

En segundo lugar, y teniendo en cuenta el objetivo de nuestra investigación, nos hemos dirigido a estudiar el perfil socio-demográfico de las personas que ejercen estos cuidados. Tal y como el estudio pone de manifiesto, una inmensa mayoría de los cuidadores son mujeres, a menudo vinculados con la persona dependiente en primer grado de consanguinidad (mujeres, esposas o hijas). Poco frecuente y habitual es que sea un varón el que se hace cargo de esta situación, y cuando lo hace, se realiza, en gran parte de los casos, como algo impuesto y sobrevenido y no fruto de un deber moral o de una opción personal. La explicación de esta situación ha sido desarrollada en el capítulo 3, en donde se analizan las relaciones políticas y los procesos de construcción de identidades y subjetividades de género. Esta cuestión ha sido también retomada en el análisis empírico, desarrollado en la segunda parte de la investigación, en donde se pretendía analizar cómo se negocian, construyen y/o transforman las subjetividades de género en las relaciones de cuidado y el posible impacto que en este proceso de negociación juegan los recursos movilizados por la LAAD.

En tercer lugar, este análisis de contextualización, y de identificación del impacto de la ley de dependencia en términos cuantitativos, ha manifestado las importantes implicaciones psicosociales y complejas vivencias que articulan las relaciones de cuidados, tanto para las personas “cuidadas” como para sus cuidadores. En esta cuestión hemos profundizado en la fase del análisis empírico, a fin de explorar las complejas relaciones políticas que se desarrollan y negocian entre los diversos participantes en las relaciones de cuidados. Este acercamiento se realiza a partir del análisis de los complejos procesos de construcción de las identidades y posiciones del sujeto cuidado en esta relación.

Este apartado de contextualización socio-demográfica de la LAAD nos ha permitido definir el perfil de los estudios de caso que han sido llevados a cabo en la fase empírica para analizar el impacto de esta. En cuanto a los ejes temáticos que han orientado el análisis de los datos extraídos en esta fase empírica, nos hemos basado para su identificación en las conclusiones extraídas del análisis cualitativo y discursivo de la ley de dependencia, y que han sido recogidas en los capítulos 6 y 7. En este análisis se han identificado las preconcepciones (conjunto de creencias y conocimientos) acerca del cuidar que moviliza la ley, con el fin de indagar en la participación de esta ley en la producción política de los cuidados. Esta ley podría inducir una posible desfamiliarización y replanteamiento político de la distribución de las responsabilidades sociales frente a los cuidados entre los diversos actores sociales (familia, individuo, estado, mercado, etc.) y de la familia (mujeres) como único factor de solidaridad y de bienestar social; podría revalorizar actividades que, a pesar de su complejidad e intensidad, apenas han sido visibles y/o reconocidas socialmente; podría posibilitar una reformulación de las di-visiones semánticas planteadas entre el trabajo productivo y el doméstico) tras el cuestionamiento de su contenido simbólico.

Dos situaciones pueden servirnos como ejemplo que ilustre la importancia de este potencial proceso de deconstrucción política en manos de la ley. Uno de ellos es la tendencia, puesta de manifiesto en el capítulo 4, a hacer un mayor uso de prácticas y actores extrafamiliares como complemento o sustitución de las tareas de cuidados que tradicionalmente eran casi exclusivamente realizadas en el seno de la familia. Aunque no tenemos datos que permitan confirmar de forma clara si esta situación es resultado de la publicación de la LAAD o es consecuencia de la evolución de nuevas pautas culturales y económicas, sin embargo, consideramos que la puesta a disposición de recursos que faciliten estas prácticas de participación de prácticas extrafamiliares ha acelerado esta orientación hacia la hibridación y participación de actores plurales en el desempeño de los cuidados. Otro ejemplo es el proceso de acreditación de las competencias inducido tras la publicación de la LAAD. Este proceso podría permitir una revisión de los criterios de valoración de las actividades vinculadas a los cuidados que, al ser posible objeto de una remuneración, no sólo permite hacerse más explícito el

carácter contractual (frente al natural) de ejercicio de estas tareas, y, por tanto, intrínsecamente voluntario, sino que también posibilita traducir estas actividades a un lenguaje visibilizador que otorga valor a estas actividades, su equivalente monetario en el mercado. Podría permitir valorar y visibilizar habilidades diferentes a las asociadas al imaginario masculino, como es la inteligencia y gestión emocional, pudiendo así crear nuevos criterios de clasificación social. La afirmación ritual del valor del cuidar, tras la presencia de un certificado que acredita socialmente la disposición de una serie de competencias que cualifican para el ejercicio de los cuidados, podría cuestionar una concepción esencializante según la cual el ejercicio de estas tareas reclamaría la movilización de destrezas naturalmente (biológicamente) concedidas a las mujeres.

Sin embargo, las concepciones y asunciones que se plantean en la ley acerca de qué significa cuidar, quién es el sujeto legítimo de ejercicio de cuidado, cuáles son las lógicas que regulan los cuidados, etc., reducen en gran medida este potencial herético (en sentido bourdiano) de la ley. Estas concepciones son derivación, en gran medida, de las posiciones desiguales de las voces de diversos actores sociales, y del control político de recursos asimétricos. Como resultado de una posición asimétrica entre diversas voces, en esta ley domina una representación individualizadora paliativa de la dependencia, una visión familiarista del espacio natural para su respuesta y una concepción mercantilizante de la prestación que restringe el derecho a la promoción de autonomía, al desarrollo de las condiciones de ejercicio de la soberanía de un cliente que puede acceder libremente a los servicios. Esta ley desarrolla, por tanto, una perspectiva atomizadora en donde el espacio de autonomía a promover sigue siendo el de la esfera privada e íntima, desvinculada de la pública. La dependencia se vincula a ausencia de salud que incapacita la autonomía para satisfacer sus necesidades básicas y, por tanto, se asocia a asistencia socio-sanitaria. La vulnerabilidad continúa siendo objeto de gran número de rituales sociales de invisibilización (unos vinculados a las prácticas procedimentales médicas, otras relacionadas con su remisión al ámbito privado de los sentimientos), siendo ubicada en el espacio simbólico de la anomalía y de la reconstitución reparadora.

La apropiación del campo semántico de la dependencia, y su colonización por un modo de entenderla (estado específico de pérdida de capacidad de autoayuda para el desarrollo de actividades básicas encaminadas al autoabastecimiento), explica, en parte, la lectura despoltizante que se hace de esta condición. A pesar del posible potencial emancipador que hubiera podido activarse con el marco interpretativo de la “lucha contra la dependencia”, la representación de la dependencia que induce esta ley omite el hecho de que esta es una condición inmanente a todo sujeto. Son las condiciones de vulnerabilidad, no solo material sino también política, lo que hace a la dependencia una condición que reclama ser intervenida. Esto permitiría politizar no sólo la pérdida de autonomía de los sujetos como resultado del envejecimiento o de la

diversidad funcional, sino también de aquellos individuos que, obligados por normas sociales y morales, se ven impelidos a ejercer de cuidadores. Esta representación hegemónica de la dependencia promueve la despolitización e individualización de los cuidados al desconsiderar el contexto político y social que regula el ejercicio de la actividad. Se omite cualquier reflexión acerca de la distribución naturalizada de las responsabilidades en el ejercicio de los cuidados y del significado asignado al hecho de cuidar y a la condición de dependencia.

Este escaso alcance de la LAAD se ha visto exacerbada por la ausencia de recursos en manos de esta, que ha incapacitado el establecimiento de una amplia cobertura pública para dar respuesta a lo que la ley ha definido como un derecho social.

Por ello, el análisis de la ley desde una perspectiva de género no deja mucha duda acerca de su tímido ejercicio emancipador y desestabilizador de los imaginarios políticos en los que se ha construido el orden social de género. La hegemonía de una visión médico gerontológica, más que facilitar la revalorización y reconocimiento de este mundo desconocido del cuidar, ha acentuado una valoración dicotómica de los espacios políticos del cuidar. A esto se ha unido una visión mercantilizante de la prestación de servicios, que orienta la cuestión de la profesionalización y desfamiliarización hacia una concepción de la autonomía vinculada a la soberanía del cliente. Tras el principio de desfamiliarización ha convergido un importante número de objetivos, cuya hibridación (desfamiliarización concebida como un prometedor yacimiento mercantil; como politización de estas actividades frente a su relegación al espacio privado, femenino y silenciado de la familia; como control político de la calidad del cuidado; como derecho socialmente reconocido; etc.) limita sus potenciales efectos en el replanteamiento de un orden político ya que se asume sólo el valor de aquellas actividades marcadas por los rituales de autoridad característicos del espacio masculino (certificación profesional, carácter público, ámbito extra-familiar, etc.). De este modo, estas políticas más que reformular la feminización de los cuidados, la readapta, usando nuevas tecnologías de regulación, como son el contrato. Esta situación no facilita la impugnación de las asunciones que mantienen el orden social de género, sino que, más bien, estimula un proceso en donde las jerarquías no se renuevan sino que se multiplican según su distancia a la norma de masculinidad, sin cuestionar su orden primordial.

Si bien el análisis discursivo de la ley muestra el escaso potencial impugnador de los aprioris normativos en los que se han sustentado las relaciones asimétricas de poder entre diversos grupos sociales, sería necesario analizar cómo se ha traducido esta ley en prácticas específicas, e identificar los procesos de desplazamiento, de normalización y de negociación de los cuidados que se llevan a cabo en situaciones de interacción social como son las relaciones y prácticas cotidianas de ejercicio de los cuidados. A partir de los diez estudios de caso realizados en la segunda fase empírica, que

representan una amplia diversidad de experiencias de prestación de cuidados, hemos analizado los rituales sociales y negociaciones interpersonales que se movilizan en la relación de cuidados y que reproducen o contestan prescripciones normativas que conforman las bases morales de estas prácticas. El acercamiento a estos testimonios y vivencias de los cuidados nos ha permitido analizar, en el primer apartado del capítulo 9, cómo se negocian las normas culturales que articulan la ética de los cuidados y las bases morales de la microsolidaridad. El estudio de los procesos de (de)construcción de las obviedades morales en torno a los cuidados ha permitido identificar las bases ideológicas y políticas que asignan responsabilidades frente a los cuidados y construyen identidades sociales y sexuales. Estas éticas delimitan lo que es problemático en la conducta y configuran, a un mismo tiempo, un orden de responsabilidades, esto es, intervienen en las vivencias del propio género, induciendo formas de pensar y de actuar, prácticas y rutinas que intervienen en el modo como nos construimos como sujetos de un género.

En un primer momento, nos hemos dirigido a analizar cómo se negocian las obviedades morales que caracterizan el ejercicio de los cuidados, esto es, la delimitación del espacio social de satisfacción de los cuidados vinculado al dominio de lo íntimo; las lógicas que participan en los cuidados ligadas a la inversión emocional y el ámbito “natural” de respuesta a la dependencia asociado a lo femenino. Una primera cuestión que puede desprenderse de este análisis es la necesidad de afinar en la definición de la noción de cuidados que manejamos en nuestras investigaciones e intervenciones políticas. En esta actividad participan no solo necesidades físicas o materiales de personas en situación de vulnerabilidad, sino que los cuidados forman parte de una compleja relación de codependencia en donde se desarrolla un intenso proceso de intercambio emocional y expresivo. El análisis de las reglas que regulan este intercambio emocional (qué, cómo y cuánto tengo que sentir) ha sido fundamental para entender los fundamentos morales del ejercicio de los cuidados. La justificación de las obligaciones morales que definen el deber de cuidar se articula en torno a un doble eje semántico; por un lado, este deber se fundamenta en la apelación a una deuda moral intergeneracional (norma de reciprocidad y justicia), y por otro, se apela al recurso de la ontologización del cuidado, según el cual, los cuidados no serían sino expresión manifiesta de una supuesta naturaleza femenina conformada en torno a un ideal maternal.

De este modo, las prácticas de cuidados van a estar regulados a partir de un sutil y complejo proceso de intercambio emocional: la inducción de sentimientos de culpa, la apelación a la gratitud, el recurso a un instinto maternal, la participación de la empatía y compasión, la satisfacción del sentimiento de autorrealización, la respuesta a la lealtad, etc. Por tanto en la definición del buen cuidado, el señalizador semántico que lo delimita viene establecido por la participación de las (un tipo de) emociones en la

actividad de cuidar. Estas reglas emocionales que participan en las prácticas de regulación de los cuidados demarcan también qué sujetos tienen que participar de estas emociones. Forma parte de estas reglas emocionales la intervención de las identidades sexuales en la expresión emocional, lo que moviliza un curioso ritual dirigido a una *performance* de género, que hace de la participación emocional un ejercicio de reivindicación tanto identitaria como profesional y de reconstrucción de una carrera moral.

Las bases morales que regulan los cuidados no sólo delimitan una distribución social acerca de las responsabilidades frente a la dependencia y a la vulnerabilidad, sino que también prescriben su espacio natural de expresión y los recursos sociales (emocionales) para su satisfacción. La vulnerabilidad es construida en términos privados, lo que reclama, tal y como hemos visto, su regulación a partir de emociones como la compasión, el sentimiento de culpa o la gratitud. Camps (2011) contrapone dos emociones sociales, la compasión frente a la justicia. Ambas son expresión del reconocimiento de la vulnerabilidad del ser humano y ambas nos vinculan a otros sujetos y refuerzan la cohesión social. Sin embargo, su naturaleza política los diferencia claramente. Una y otra apelan a un principio de injusticia, pero en el primer caso, lo que induce la com-pasión sería una comunión emocional (por su proximidad social, por su cercanía en términos de parecido devenir, etc.); en el segundo caso, la justicia, se reclama una intervención extraemocional, que impele a todo individuo, independientemente de su proximidad al sujeto vulnerable, a participar en una cuestión colectiva: la regulación de la interdependencia (la solidaridad basada en el reconocimiento de derechos sociales). La contraposición de estos dos principios no implica para esta autora un cuestionamiento de la relevancia de la regulación emocional como principio de la solidaridad; más bien, plantea su necesaria complementariedad haciendo que esta activación emocional (compasión) supere su carácter puramente moral (el moralismo inducido por la regulación emocional), induciendo afectos políticos como la indignación ante la vulneración de los derechos humanos, y se vincule, así, con la visibilización de la vulnerabilidad y la dependencia como características inmanentes a toda vida humana. Esta situación supone una intervención que supere una concepción victimista de la dependencia y que reclame el reconocimiento social de la vulnerabilidad, y no de la autosuficiencia, como pilar ontológico de nuestra sociedad (Camps, 2011).

En este sentido, es importante entender qué procesos de reformulación emocional están induciendo aquellas situaciones en donde los cuidados son delegados. Por ello, en el segundo apartado, nos hemos dirigido a estudiar cómo se recomponen estas bases morales en situaciones en donde se genera *la delegación del cariño*, y en donde los cuidados dejan de ser potestad exclusiva de las familias (de las mujeres), promoviéndose modelos híbridos de respuesta a una situación en donde participan

instituciones y prácticas extrafamiliares. El estudio de las diferentes prácticas en las que se combinan la familiarización, la mercantilización y la institucionalización, y de los modos como se construyen los procesos de recomposición de las obligaciones sociales y morales, permite examinar el potencial transformador de esta pugna política en torno a la cuestión de los cuidados, que podría haberse exacerbado con la publicación de la ley de dependencia y la posible reconfiguración del orden social de género. Este apartado pone de manifiesto los rituales que prescriben la participación de las identidades sexuales como importantes mecanismos de regulación social. La presencia de la LAAD, en los escasos casos en los que se manifiesta, no recompone estos rituales consagrados de diferencias, sino que induce su recomposición. La desestabilización del rol esposa-madre-hija no implica necesariamente un cuestionamiento de la feminización de los cuidados, sino más bien una redistribución de los cuidados entre las mujeres, estableciéndose una jerarquía muy delimitada en las versiones de ser mujer y un reordenamiento de la feminización de los cuidados. Otras mujeres migrantes o trabajadoras de los cuidados que integran nuevas figuras profesionales se incorporan a la tarea de cuidar, modificando las lógicas mercantil/familiar, o privado/público, sin que esto implique necesariamente un cuestionamiento de las representaciones en torno al orden de género. Este análisis manifiesta como la recomposición de los espacios institucionales de los cuidados, favorecida por la ley, no reconfigura estas bases morales que hacen al espacio femenino el ámbito de respuesta a estas situaciones, sino que las readapta bajo nuevas premisas sociales. La obviedad moral que hace a la mujer el sujeto natural de respuesta frente a esta situación no va a verse cuestionada; más que replantearse una revisión de las relaciones políticas entre hombres y mujeres se induce una jerarquía entre las mujeres en función de su distancia al espacio social atribuido a lo femenino (informal, emocional y doméstico).

Es más, las contradicciones que induce la presencia de dinámicas y lógicas heterogéneas (en cuanto a tiempos, naturaleza y exigencias) que confluyen en el ejercicio de los cuidados son resueltas de forma individual adoptando modalidades de intensificación ambivalente de ejercicio de estas actividades de provisión de cuidados, que, en el caso de algunas mujeres, es sometido a un elaborado ritual de afirmación identitaria.

La LAAD no ha permitido revisar la despolitización de los cuidados. Este escaso impacto de la ley se debe no solo al formato específico adoptado por el texto (discurso) de la ley y a los escasos recursos que ha puesto a disposición de las familias, sino que también revela que una revisión de los pilares normativos e ideológicos de las relaciones políticas entre hombres y mujeres requiere intervenciones más ambiciosas de naturaleza pluridimensional, que permitan actuar, de forma interdependiente, en las premisas culturales (qué significa femineidad y masculinidad), sociales (revisión de la valoración social de las actividades vinculadas con los cuidados y visibilización de la



vulnerabilidad como característica inmanente del ser humano), económicas (puesta en cuestión de un modelo productivo y económico que pone al mercado en el centro y que obvia la cuestión de la sostenibilidad de la vida), y organizacionales (replanteamiento de los modelos organizacionales que fomentan la total disponibilidad del trabajador y la representación de la subjetividad del trabajador como un factor productivo central) que sustentan un orden social de género. La crisis económica y sobre todo política (radicalización de los principios del libre mercado) que caracteriza a la sociedad española los últimos años no ha hecho sino exacerbar esta situación de subordinación social. No hay probablemente mejor política de igualdad, en sus diversas modalidades, que un cambio radical en el modelo productivo y político (desregulación social e institucional del mercado) al que nos vemos enfrentados.

Sin embargo, asistimos actualmente a un interesante proceso de participación política en este ámbito considerado como privado e íntimo de la gestión emocional. Los recientes manuales e intervenciones dirigidos a cuidados de cuidadores podrían representar un interesante exponente de una creciente participación política e intervención institucional en un ámbito tan ajeno a lo político como es la gestión de las emociones. En el tercer apartado del análisis empírico de los estudios de caso nos hemos dirigido a analizar el tratamiento social de la cuestión emocional como ámbito de intervención social, a partir de un caso específico, las prácticas y programas de cuidados a cuidadores, promovidos a tenor de la ley, y que se gestionan fundamentalmente a nivel local. El interés por estudiar estas prácticas radica en que representan un dominio de intervención gubernamental en un espacio tradicionalmente vinculado a lo privado e íntimo (esto es, ajeno a lo político), como es el de gestión e ingeniería emocional. Podríamos esperar que en este espacio se esté produciendo una politización de lo privado, que podría facilitar su reformulación política.

Estas intervenciones reorientan la perspectiva acerca de la vulnerabilidad, permitiendo superar una concepción de los cuidados como un proceso unidireccional. Las intervenciones que se plantean para apoyar a los cuidadores en sus prácticas de cuidados (véanse manuales dirigidos a cuidado a cuidadores), y particularmente en aquella dimensión en donde los cuidadores aparecen como particularmente vulnerables, como es la vinculada con la inversión emocional, son expresión de un proceso ambivalente. Las emociones, un dominio tradicionalmente coto de lo *femenino*, son “descubiertas”, visibilizadas y analizadas en su complejidad por aquellas prácticas terapéuticas que se convierten en tecnologías del yo. Este descubrimiento cuenta con una doble dimensión; es por un lado expresión del reconocimiento de la intensidad y complejidad de competencias, habilidades y cometidos que reclaman los cuidados, lo que visibiliza la vulnerabilidad no solo del sujeto cuidado sino también del cuidador. Esto podría facilitar la valoración y re-

conocimiento de estas actividades que han sido dadas por descontado. Por otro lado, estas tareas de ingeniería emocional son fundamentalmente concebidas como expresión de una intervención política dirigida a proteger la calidad de los cuidados, y por tanto, expresión de un nuevo ámbito de intervención social. Los modelos de intervención que se preconizan no van tanto dirigidos a politizar el malestar o el sufrimiento con el que se vivencian las contradicciones sociales y las intensificaciones laborales a las que aboca su ejercicio, sino a inducir mecanismos más eficaces y productivos de autorregulación personal. La atención prestada al cuidado del cuidador supone no tanto (o no solo) una visibilización de la complejidad e intensidad de este trabajo sino también una colonización de lógicas productivistas vinculadas a la optimización de la eficacia y racionalidad instrumental de la inversión emocional. Por ello, aunque este tipo de planteamientos podría permitir la visibilización de las emociones como actividades susceptibles de legitimación como derechos, su abordaje predominantemente clínico y psicológico, es decir individual, de estas emociones, sitúa a estas en un territorio privado familiar, donde se reclaman como derecho ante el otro, la persona cuidada.

Una cuarta fase de este análisis empírico se ha dirigido a estudiar las vivencias y procesos de construcción de identidades por parte de los sujetos cuidados, nos desvela la diversidad de posiciones, de modalidades de resistencia o reproducción de subjetividades políticas, esta vez desde la perspectiva de la persona cuidada. A lo largo del informe hemos abordado, desde distintas perspectivas, el impacto de la LAAD en una dimensión específica que caracteriza las prácticas y vivencias de los cuidados: los procesos de producción de sujetos de género y los mecanismos a partir de los cuales se reproduce un orden social de género. Pero este análisis interpretativo encaminado a analizar las dimensiones microsociales de ejercicio del poder sería incompleto sin abordar otra dimensión política importante y complementaria, presente también en la relación de cuidados: las modalidades de ejercicio del poder que se movilizan entre cuidadores y sujetos cuidados. En este caso, como en el anterior, hablamos de unas dinámicas que intervienen en las relaciones de cuidados y que actúan nombrando al sujeto cuidado, emplazando a este en una posición en el orden simbólico. Este es el objetivo del último capítulo, en el que se ha analizado, desde distintas perspectivas (tanto la del sujeto cuidador como de la persona dependiente), cómo se construyen las posiciones identitarias del sujeto cuidado en la relación interpersonal que supone el cuidar y, en función de estas, cómo se negocian los cuidados en las prácticas cotidianas. En este sentido, este último apartado adopta la perspectiva (y trata de dar voz) de la persona cuidada, y permite indagar en la diversidad de posiciones, modalidades y estrategias que conforman y construyen las prácticas de cuidados en función de una multiplicidad de variables (vinculo social entre el cuidador y el sujeto receptor de estos cuidados; naturaleza de los cuidados; espacio social en el cual se localiza la relación de cuidados; carácter económico de la situación de cuidados;

marco institucional en el cuál se prestan los cuidados; condición socioeconómica del cuidador). Este análisis de las múltiples formas y modalidades que adoptan las prácticas de cuidados nos permite también identificar las resistencias, las vivencias y perspectivas con las que se construyen los cuidados. La reconstrucción de la diversidad de representaciones y dimensiones identitarias de los sujetos dependientes, tanto por parte de los cuidadores (de un extremo al otro: sujeto infantilizado, sujeto vigilado, sujeto “difícil”, sujeto despersonalizado, sujeto necesitado, sujeto amado, sujeto autónomo, el cliente, el sujeto con autoridad) como del sujeto cuidado (sujeto desahuciado, sujeto abandonado, sujeto recluido o enclaustrado, sujeto resignado, sujeto necesitado, sujeto carga, sujeto infantilizado, sujeto adaptable, sujeto esforzado, sujeto conviviente, sujeto (bien)cuidado, sujeto autónomo, sujeto miembro de un colectivo, sujetos con derechos, sujeto con autoridad), manifiesta el carácter complejo y multidimensional que caracteriza la relación política de cuidados. A pesar de esta pluralidad de concepciones y posiciones entre ambos miembros de la relación, continua siendo hegemónico un modelo familiarista del cuidado que privilegia una dinámica interpersonal de exclusividad- renuncia, con consecuencias vulnerabilizadoras para ambas partes. Esta lógica dificulta que se haga participar a otros sujetos/lógicas/entidades como horizontes posibles con los que pensar y regular los cuidados. Sin embargo, este modelo se ve quebrado desde diversos frentes (subcontratación de los cuidados tras el acceso de las mujeres al mercado de trabajo, visibilización de los cuidados promovidas por movimientos sociales de mujeres, la resignificación de la dependencia promovida por movimientos sociales vinculados a la diversidad funcional, la hegemonía de valores hedonistas, la presencia de recursos extrafamiliares, la hegemonía de la norma social de autonomía, replanteamiento de la norma social de masculinidad, extensión de un discurso dirigido a reforzar la calidad de los cuidados), lo que puede estar promoviendo un importante distanciamiento respecto a las éticas tradicionales que regulaban los cuidados y, con este, también de estas lógicas políticas basadas en la exclusividad/entrega. Esta situación, no obstante, es vivida de forma diferencial según el grupo social al que pertenece el cuidador principal.

Las relaciones políticas en el seno de la familia inducen modelos de identidad múltiple por parte del sujeto cuidado (‘infantilizadas’, cosificadas, autónomas, dependientes, ‘empoderadas’, etc.), pero domina una visión del sujeto dependiente como portador de una naturaleza deficitaria. Estas modalidades de construcción de la dependencia en términos deficitarios inducen una intervención frente a la dependencia como un residuo social, objeto de asistencia más que de justicia. Esta invisibilización de la vulnerabilidad a través de mecanismos múltiples y tecnologías de regulación moral ubica en la familia y en el ámbito de *lo maternal* las modalidades y responsabilidades frente a los cuidados y omite la necesidad de una responsabilización colectiva que pueda hacer frente a esta situación, así como a una dignificación de la dependencia.

Esto se pone de manifiesto en los testimonios de los sujetos entrevistados, cuyo conocimiento, concepción y representación de la LAAD aparecía claramente desdibujado. La ausencia y desconocimiento de esta ley es reflejo no solo de la presencia de modelos familiaristas que podrían impugnar estas nuevas lógicas que puede inducir la LAAD sino también, y sobre todo, por su escasa presencia, su carácter residual y su carácter continuista (más que como ruptura, la LAAD es representada por parte de sus usuarios como una secuencia de intervenciones locales anteriores)

En conclusión, la publicación de la LAAD es un avance indiscutible en los procesos de reflexividad política que reclaman un proyecto de cambio social. No obstante, no es sino un primer punto de partida, completamente necesario, pero muy limitado en cuanto a su impacto. Esta escasa eficacia de la ley en términos emancipatorios se debe a numerosas razones de diversa índole. Tiene que ver, en primer lugar, con la configuración específica que ha adoptado la ley, en gran medida resultado de las relaciones de fuerza entre los actores que han participado en su elaboración. Por ello, esta ley, más que impugnar las relaciones de fuerza no hace sino reproducirlas. En segundo lugar, por la escasez de recursos que se han movilizado para la aplicación de la ley, lo que ha limitado la materialización de las escasas propuestas formuladas en la ley. La insuficiencia de recursos, cuya escasez se ha visto acentuada radicalmente tras la crisis económica, la configuración institucional del poder entre los diversos niveles geográficos, la carencia de infraestructuras públicas de atención a la dependencia, los límites que plantea la noción de dependencia (la dependencia tiene que ser permanente, y vinculada a disfuncionamientos físicos), la responsabilización de los beneficiarios a través del copago (que implica la participación del dependiente una vez considerada su renta y patrimonio en el 33% del coste del servicio de media), las diferencias en el acceso en función de la Comunidad Autónoma que corresponda, etc. no hacen sino acentuar los riesgos identificados en la redacción de la ley. En tercer lugar, porque reclama una intervención complementaria en términos culturales (revisión del papel de la familia como indiscutible espacio de microsociabilidad así como reformulación de las identidades de género), económicos (replanteamiento del papel del mercado como epicentro del orden social) y sociales (necesidad de incluir y facilitar los recursos para la participación de los hombres en las tareas de cuidado). Finalmente, y no la menos importante, por las tendencias individualizantes y fragilizantes que caracterizan la evolución del sistema productivo, que impiden hacer del sostenimiento de la vida y de la interdependencia una cuestión central en las modalidades de construcción del orden social.

Además, otras muchas cuestiones complejizan la relación entre la desfamiliarización e intervención pública, debido a los múltiples objetivos que pueden perseguir estas políticas. Las lógicas promovidas por la ley no solo se basan en principios vinculados con los derechos sociales, sino que también persiguen objetivos asociados a la

rentabilidad económica. Esta situación de incorporación de principios mercantiles al ámbito de las políticas públicas se ha exacerbado tras la instrumentalización política de la crisis económica. El potencial de iniciativas políticas como la LAAD para el replanteamiento de los axiomas indiscutibles bajo los que se sustenta la división y jerarquización social y sexual de las actividades sociales, se ve profundamente mermado sin un paralelo cuestionamiento de otras condiciones sociales que reproducen la asimetría de poder, como son la precariedad de un mercado de trabajo que perjudica de forma notoria a los más frágiles, la escasa presencia de opciones institucionales para que los varones puedan optar por cuidar, el peso que juega la cultura moral con la que se regulan las relaciones familiares, las posiciones de poder de distintos grupos sociales, etc. El subrayar su insuficiencia no omite destacar también su necesidad, no solo por responder a importantes necesidades sociales, sino también porque supone un primer paso fundamental en la politización de los riesgos inmanentes a la vulnerabilidad de toda vida.

# BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A. y Esparza, C. (2010). "Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores". *Informes Portal Mayores* 99. Consulta 15 de Junio de 2012 (<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-solidaridad-familiar.pdf>).
- Agambén, G. (2010): *Homo Sacer: El Poder Soberano y la Nuda Vida*. Valencia: Pretextos.
- Aragón, J., Cruces, J. y Rocha, F. (2007) *Sector de la atención a la dependencia y negociación colectiva*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Arriba, A y Moreno, J. comp. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Madrid: IMSERSO.
- Artiaga, A., Fernández, C., Martín, P., Serrano-Pascual, A y Tovar, J. F. (2010). *Protección y Flexibilidad: la modernización de los servicios públicos de empleo*. Informe de investigación FIPROS 2008/35. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración
- Artiaga Leiras, A. y Serrano Pascual, A. (2012) "Los cuidados y la Ley de dependencia: pugnas políticas y nuevas divisiones del orden social", en Libro de actas del Primer Congreso "Trabajo, Economía y Sociedad". Alternativas para una salida social a la crisis. 21/22 de junio de 2012. Fundación 1º de Mayo. ([http://www.1mayo.ccoo.es/nova/NBdd\\_ShwDocumento?cod\\_primaria=1185&cod\\_documento=4009](http://www.1mayo.ccoo.es/nova/NBdd_ShwDocumento?cod_primaria=1185&cod_documento=4009))
- Arriba, A y Moreno, J. comp. 2009. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid: IMSERSO.
- Asamblea Feminista (2006), Amaranta. Cuaderno feminista nº 2: La Ley de dependencia ante la crisis del trabajo de cuidados (en <http://www.nodo50.org/feministas/madrid>)
- Bajtín, M. [1979] 1986. *Problemas de la poética de Dostoievski*. México: FCE.
- Balbo, L. (1994). *La doble presencia*, en Borderías, C., Carrasco, C. y Alemany, C. (comps.), *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria, pp. 503-515.
- Berking, H. (1999). *Sociology of Giving*. London, Sage. (e.o. 1996)
- Bettio, F., Simonazzi, A., y Villa, P. (2006). "Change in care regimes and female migration: the care drain in the Mediterranean". *Journal of European Social Policy* 16(3): 271-285.
- Borderías, C., Carrasco, C., Alemany, C. (comp.) (1994). *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria.
- Bourdieu, P. [1985] 2001. *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal.
- Brockling, U, Krasmann, S, y Lemke, Th. (eds) (2011). *Governmentality. Current issues and future challenges*. New York: Routledge.

- Bustelo, M. y Lombardo, E. (Eds.) (2006). *Las políticas de igualdad en España y en Europa*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Cabrera, M.A. (2001). *Historia, lenguaje y teoría de la sociedad*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Campillo I. (2013) *Las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar en España* Tesis Doctoral Universidad Complutense Junio 2013.
- Camps, V. (2011). *El gobierno de las emociones*. Barcelona: Herder.
- Cano López, T. (2012). *Los Cuidados en Conflicto: de la Ley de Dependencia a las Estrategias de Cuidados Informales*. Tesis de Máster. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Casado, D. comp. (2004). *Propuestas a la dependencia*. Madrid: CCS.
- Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. comp. (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Carrasco, C. (2011) "La economía del cuidado: Planteamiento actual y Desafíos pendientes". *Revista de Economía Crítica*, nº11, primer semestre 2011, ISSN: 2013-5254.
- Carrasco, C. (2013) "El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía" *Cuadernos de Relaciones Laborales* 31 (1): 39- 56.
- Carrasquer, P. (2013). "El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología". *Cuadernos de Relaciones Laborales* 31 (1): 17-38.
- Casado, D. comp. (2004). *Propuestas a la dependencia*. Madrid: CCS.
- Castejón P, Esparza C & Abellán A. (2007). Salud, dependencia y cuidados. En IMSERSO, editor. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Madrid: IMSERSO; 2007. pp. 65-82.
- Castel, R. (1999). *Las Metamorfosis de la Cuestión Social: Una Crónica del Asalariado*. Buenos Aires: Paidós. (e.o. 1995)
- Chodorow, N. (1978) *The reproduction of mothering. Psychoanalysis and the sociology of gender*. California: University of California Press.
- Covas (2009) *Hombres con valores igualitarios: historias de vida, logros alcanzados y cambios pendientes*. Madrid: Ministerio de Igualdad,
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO.
- Daly, M. y Lewis, J. (2000). "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states". *British Journal of Sociology* 51(2):281-298. .



- De Villota, P. Comp. (2008). *Conciliación de la vida profesional y familiar: políticas públicas de conciliación en la Unión Europea*. Madrid: Síntesis.
- Dean, H. (2014). "Life-First Welfare and the Scope for a "Eudemonic Ethic" of Social Security", en Keune M. y Serrano A. (eds), *Deconstructing Flexicurity and Developing Alternative Approaches. Towards New Concepts and Approaches for Employment and Social Policy*, New York: Routledge.
- Díaz Velázquez, E. (2010). "¿Políticas sociales de dependencia o de promoción de la autonomía?" *Zerbitzuan* 48: 33-43.
- Dizy, D. (2006). *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Madrid: Fundación Edad y Vida.
- Dizy, D. (2010). *Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica*. Madrid: IMSERSO. Consulta 15 de Junio de 2011 (<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/dizy-dependencia-01.pdf>).
- Durán, M. A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. 2ª ed. Bilbao: Fundación BBVA.
- Durán, M.A. (2007). *El trabajo no remunerado y las cuentas de la economía*, en Prieto, C. (ed.) Trabajo, género y tiempo social. Editorial Complutense-Editorial Hacer. Madrid: 92-100.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. London: Polity Press.
- (1999) *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford. Oxford University Press.
- EUROSTAT (2012). *Active Ageing and solidarity between generations: A statistical portrait of the European Union 2012*. Revisado 5 de Abril de 2012 [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF)
- Fairclough, N. (1995). *Critical Discourse Analysis*. London: Longman.
- Fernández Villanueva, C., Artiaga, A. y Dávila, C. (2013). "Cuidados, género y transformación de identidades" *Cuadernos de Relaciones Laborales* 31 (1): 57 -89.
- Ferriman, K., Lubinski, D., Benbow, C. P. (2009). Work preferences, life values, and personal views of top math/science graduate students and the profoundly gifted: Developmental changes and gender differences during emerging adulthood and parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*. 97 (3): 517-532.
- Firestone, S. (1976). *La dialéctica del sexo. En defensa de la revolución feminista*. Kairós. Barcelona.

- Fulcher, M. y Coyle, E. F. (2011). Breadwinner and caregiver: A cross-sectional analysis of children's and emerging adults' visions of their future family roles. *British Journal of Developmental Psychology*. 29: 330–346
- Foucault, M. (1999). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.
- Fraser, N. (1989). "Women, welfare and the politics of need interpretation". Pp. 145-160 In *Unruly Practices: Power, Discourse and Gender in Contemporary Social Theory*. Cambridge: Policy Press.
- García Ruiz, A. (2011). "En extraña compañía: la tercera persona y las filosofías de lo impersonal". En *Las personas del verbo*, editado por M. Cruz. Barcelona: Herder Editorial.
- Gascó, F. y Tejerizo, A.M. (2013). *Guía de prestaciones para Personas Mayores, Personas con Discapacidad Y Personas en situación de Dependencia. Recursos Estatales y Autonómicos*. Madrid: IMSERSO. Revisado el 1 de Octubre de 2013 en <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26419/guiapresta2013.pdf>
- Geremek, B. (1989). *La Piedad y la Horca: Historia de la Miseria y de la Caridad en Europa*, Madrid, Alianza Editorial. (e.o. 1986)
- Gerson, K. (1994). *No man's land: Men's changing commitment to work and family*. Nueva York: Basic Book
- Gerson, K. (2009). *The Unfinished Revolution: How a New Generation Is Reshaping Family, Work, and Gender in America*. New York: Oxford University Press
- Gil, S. (2011). *Nuevos feminismos. Sentidos comunes en la dispersión. Una historia de trayectorias y rupturas en el Estado español*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Godelier, M. (1998). *El Enigma del Do*. Barcelona: Paidós. (e.o. 1996)
- Goffman, E. (1983) "The interaction order". *American Sociological Review*. 48 (1): 1-17.
- Guzmán, F., Moscoso, M. y Toboso, M. (2010). "Por qué la ley de Dependencia no constituye un instrumento para la promoción de la autonomía personal". *Zerbitzuan* 48: 43-55.
- Hall, P. (1993). "Policy paradigms, Social learning and the State: the case of Economic Policymaking in Britain". *Comparative Politics*, 25 (3): 275-296
- Herce, J.A., Labeaga, J.M., Sosvilla, S. y Ortega, C. (2006). *Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo*. Colección de estudios Serie Dependencia. Madrid: IMSERSO

- Hirata, E. y Zariffia, P. (2007). "El concepto de trabajo". *Revista de Trabajo* 4: 33-36.
- Hochschild, A. (2008) *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*, Katz, Madrid
- Ibáñez, J. (1985). *Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación Social*, Madrid, Siglo XXI.
- Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna*. Madrid: Katz editores.
- IMSERSO (2004). *Libro Blanco de la Dependencia: Atención de las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2005a). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2005b). *Cuidado a la dependencia e Inmigración. Informe de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- IMSERSO (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*, 35. Revisado el 15 de Septiembre de 2013 en <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>
- IMSERSO (2009). *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Revisado el 1 de Octubre de 2013 en <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informesaadgexpertos.pdf>
- IMSERSO (2010). *Presentación de la Encuesta de Mayores de 2010*. Revisado 15 de Enero de 2012 [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores\\_20.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf)
- IMSERSO (2012a). *Informe anual 2012*. Revisado el 1 de Octubre de 2013 en <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informeanual2012.pdf>
- IMSERSO (2012b). *Breve análisis comparativo entre previsiones y resultados actuales*. Revisado el 1 de Octubre de 2013 en [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/ield\\_2012\\_analisis.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/ield_2012_analisis.pdf)

- INE (2007). *Resultados detallados de la Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje (EADA)*. Revisado el 15 de Marzo de 2012 en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft13%2Fp459&file=inebase&L=0>
- Instituto Regional de las Cualificaciones de la Comunidad de Madrid. (2010). *Estudio de los perfiles existentes y las necesidades formativas en el ámbito de las actividades ligadas a la ley de dependencia*. Consulta 10 de Junio de 2012 (<http://www.asociacion-aeste.es/comun/documentacion/ircual.pdf>)
- Krugman, P. (1994) *Peddin prosperity. Economic sense and nonsense in the age of diminished expectations*. New York: Norton.
- Kuhn, Th. (2005/1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lakoff, G. (2007). *No pienses en un elefante*. Madrid: Universidad Complutense.
- Letablier, M. T. (2007) “ El trabajo de cuidados y su conceptualización en Europa”. En C. Prieto (Ed.) *Trabajo, genero y tiempo social* (64-85). Madrid: Hacer
- Lewis, J. (2011). “Género, envejecimiento y el nuevo pacto social: la importancia de desarrollar un enfoque holístico de las políticas de cuidados”. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns. (eds) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, 336-359. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M. y Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Colección estudios: Serie Dependencia. Madrid: IMSERSO
- Marbán, V. (2012). “Actores sociales y desarrollo de la ley de dependencia en España”. *Revista Internacional de Sociología* 70(2): 375-398.
- Coppola, E. y Rogero García, J (2010). El tiempo de trabajo de las cuidadoras inmigrantes de personas mayores. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 17:181-199.
- Martín Martín, P. (2009). “The social construction of employability at local level”. En Koistinen, P., Mósesdóttir, L. y Serrano, A. (eds.), *Emerging Systems of Work and Welfare*. Brussels: Peter Lang, pp.161-194.
- Martín Palomo, T. (2010). “Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía”. *Zerbitzuan* 48: 57-69.
- Martín Palomo, T. (2013). “Tres generaciones de mujeres, tres generaciones de cuidados. Apuntes sobre una etnografía moral” *Cuadernos de Relaciones Laborales* n. 31 (1): 115-138.

- Martínez Pérez, J y Porras Gallo, M.I. (2006). “Hacia una percepción social de las personas con discapacidades: Legislación, medicina y los inválidos del trabajo en España (1900-1936)”, *Dinamis*, 26: 195-219.
- Mauss, M. (1979). “Ensayo sobre los dones. Razón y forma del cambio en las sociedades primitivas”, en *Sociología y Antropología*, Madrid, Tecnos, 153-263. (e.o. 1923-24)
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Nota de prensa: Estadísticas de los cuatro primeros años de aplicación de la Ley de Dependencia*. Revisado el 1 de Octubre de 2013 en <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/npsaad20072010.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Revisado el 1 de Octubre de 2013 en [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/ield\\_2012.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/ield_2012.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012*. Nota de prensa. Revisado el 15 de Septiembre de 2013 en <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
- Monserrat, J. (2006). “La Ley de dependencia: costes y financiación”. *Documentación social* 141: 65-83.
- Moreno, L. y Serrano Pascual, A. (2007). “Europeización del bienestar y activación” *Política y Sociedad*. 44 (2): 31-44.
- Muller, P. (1990). *Les politiques publiques*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Nancy, J. L.(2006). *El intruso*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Observatorio de la Discapacidad. (2008). “Publicados los primeros resultados sobre nueva encuesta de discapacidad “EDAD 2008”. *Minusval* Noviembre/Diciembre: 38-39. Consulta 21 de Mayo de 2012 (<http://www.bsocial.gva.es/accesible/portal?docid=6887>).
- Observatorio de Personas Mayores. (2008). “Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores”. *Boletín sobre el envejecimiento: Perfiles y Tendencias* 35.
- Observatorio Navarro de Empleo (2009). *Servicios domésticos y servicios personales en el hogar*. Revisado el 10 de Abril d 2012 en [http://www.ccoonavarra.org/files/Publicaciones/PUBLICACIONES\\_GABINETE/2010/infornecompleto\\_servicios\\_domesticos\\_y\\_personales.pdf](http://www.ccoonavarra.org/files/Publicaciones/PUBLICACIONES_GABINETE/2010/infornecompleto_servicios_domesticos_y_personales.pdf)

- O'Connor, J. (1996). "From Women in the Welfare State to Gendering Welfare Regimes". *Current Sociology* 44(2): 1-130.
- Orloff, A. S. (1993). "Gender and the social rights of citizenship: state policies and gender relations in comparative research". *American Sociological Review* 58(3): 303-328.
- Padioleau, J.G. (1982). *L'État au concret*, Paris: PUF.
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics : Critical Analysis for Social and Individual Psychology*. London and New York: Routledge.
- Pérez Orozco, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. CES. Madrid.
- Pérez Orozco, A. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento*. Salamanca: Universidad de Salamanca. Revisado el 15 de Septiembre de 2013 en [http://gedos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22590/1/DPPMMLHM\\_Dependencia%2c%20cuidado%20informal%20y%20funcion%20familiar.pdf](http://gedos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22590/1/DPPMMLHM_Dependencia%2c%20cuidado%20informal%20y%20funcion%20familiar.pdf)
- Pérez Orozco, A. (2012). <http://www.youtube.com/watch?v=Cf1YZnMv4i8>
- Peterson, E. (2011) *Más allá del Estado de bienestar "favorable a las mujeres". La desigualdad de género como un problema público en las políticas en torno a los cuidados en España y en Suecia*. Tesis Doctoral. UCM.
- Peterson, E. y Bustelo, M. (2007). "Care Politics and invisible workers. The emergence of care and domestic work issues in Spanish policy debates". Conferencia presentada en 4th ECPR General Conference. 6-8 Septiembre, Pisa, Italia.
- Pfau-Effinger, B. (2005). *Welfare State Policies and the development of care arrangements*. *European Societies* 7(2) 2005: 321-347.
- Precarias a la Deriva (2004). *A la deriva por los circuitos de la precariedad femenina*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Prieto, C. (ed.) (2007). *Trabajo, género y tiempo social*. 64-85. Madrid: Editorial Complutense-Editorial Hacer.
- Prieto, C, y Serrano, A. (2013). "Los cuidados: entre el trabajo y la vida", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n. 31 (1): 11-16.
- Risman, B. (1998). *Gender vertigo*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Risman, B, Lorber, J. y Sherwood, J. (2012). *Toward a World Beyond Gender: A Utopian Vision*. Paper prepared for the 2012 American Sociological Society Meetings.

<http://www.ssc.wisc.edu/~wright/ASA/Risman-Lorber-Sherwood%20Real%20Utopia%20Proposal%20--%20Beyond%20Gender.pdf>.

- Rodrigues, R.A.P.; Andrade, O.G. de; Marques, S. (2001). Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. *Rev. latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, 9 (1): 7-12.
- Rodríguez Cabrero, G. (2007). “La protección social de la dependencia en España. Un modelo *sui generis* de desarrollo de los derechos sociales”. *Política y Sociedad* . 44: 69-85.
- Rodríguez Cabrero, G. (2010). “El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009)”. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*. 3: 33 – 54.
- Rodríguez Cabrero, G. (2011). “Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 29: 13-42.
- Rogero, J. (2008). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSERSO. Revisado el 15 de Septiembre de 2013 en [http://www.uam.es/personal\\_pdi/economicas/jrogero/docs/Rogero\\_Garcia\\_10.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/jrogero/docs/Rogero_Garcia_10.pdf)
- Rogero, J. (2010). “Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores”. Tesis doctoral, Departamento de Sociología I (Cambio Social), Universidad Complutense de Madrid.
- Rogero, J. (2011). El cuidado a las personas dependientes por discapacidad en España y el papel de las familias, a examen. En D. Casado (Coord.). *Acción y políticas de apoyo a las familias. Crianza, atención a la dependencia y fecundidad* (pp. 29-38). Madrid: Hacer Editorial.
- Rogero, J. y Rosenberg, M.W. (2011). Paid and unpaid support received by co-resident informal caregivers attending to community-dwelling older adults in Spain. *European Journal of Ageing*, 8, 95-107.
- Rojo et al. (2009). *Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Ciencia e Innovación. Revisado el 15 de Septiembre de 2013 en <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-db793c3d55>
- SAAD-IMSERSO. (2012). *Estadísticas del sistema para la autonomía y la Atención a la dependencia*. Consulta 15 de Noviembre de 2012 ([http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im\\_063871.xls](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_063871.xls)).

- SAAD-IMSERSO (2013a). *Estadísticas del sistema para la autonomía y la Atención a la dependencia*. Consulta 15 de Septiembre de 2013 en [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im\\_077713.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_077713.pdf)
- SAAD-IMSERSO (2013b). *Estadísticas del sistema para la autonomía y la Atención a la dependencia*. Consulta 15 de Septiembre de 2013 en [http://www.dependencia.imserso.es/dependencia\\_01/estadisticas/datos\\_estadisticos\\_saad/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/estadisticas/datos_estadisticos_saad/index.htm)
- Sainsbury, D. (ed.) (1994). *Gendering Welfare States*. London: Sage.
- Salais R, Baverez y Reynaud (1986). *L'invention du chômage. Histoire et transformation d'une catégorie en France des années 1890 aux années 1980*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Serrano Pascual, A. (2005). «Del desempleo como riesgo al desempleo como trampa: ¿qué distribución de las responsabilidades plantea el paradigma de la activación?» *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23, (2): 219-246.
- Serrano Pascual, A. (2009). "The battle of ideas in the European field: The combat to defeat unemployment and the struggle to give it a name". *Transfer*, 15 (1): 53-71.
- Serrano, A. y Crespo, E. (2006). Democracy and Technocracy in European Governance: the Case of Employment Policies. Contribution to the ISPP Annual Conference, July 12-15.
- Serrano, A. et al (2011). *La invención de la flexiguridad ¿Un nuevo equilibrio en las relaciones de trabajo?*. Informe del proyecto de investigación FIPROS.
- Serrano, A. et al (2012). Reforma laboral: A golpe de metáforas, en Fernández, C. y Serrano, A. (eds) *La invención de la flexiguridad ¿Un nuevo equilibrio en las relaciones de trabajo?*-.
- Serrano Pascual, A.; Artiaga Leiras, A. & Dávila de León, M.C. (2013). "Crisis de los cuidados, Ley de dependencia y confusión semántica". *Revista Internacional de Sociología* 71 (3): 669-694.
- SIPOSO. (2008). *Anotaciones a la LAAD*. Madrid: Polibea, S.L.
- Surel, Y. (2000). The role of cognitive and normative frames in policy-making, *Journal of European Public Policy*, 7(4), 495-512.
- Taylor-Gooby, P. (ed) (2005). *Ideas and welfare state reform in Western Europe*. NewYork: Palgrave Macmillan.
- Teófilo, J.; González, A.N.; Díaz, P.; Rodríguez, V. (2011). Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES. *Boletín sobre envejecimiento: Perfiles y Tendencias*, 50.



- Thompson, J. B. (1987) Language and ideology: a framework for analysis, *The Sociological Review*, 35 (3): 516–536.
- Thomas, C. (2011) “Deconstruyendo los conceptos de cuidados”, en Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (eds.) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Los libros de la Catarata. Madrid.
- Timonen. V. (2005). Policy paradigms and long-term care: Convergence or continuing differences? In P. Taylor-Gooby (Ed.), *Ideas and welfare state reform in Western Europe* (pp. 30-53). Basingstoke: Palgrave Mcmillan.
- Tobio, C. (2013). “Estado y familia en el cuidado de las personas: Sustitución o complemento” *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 32(1): 17-38.
- Topalov C. (1994). *La naissance du chômeur 1880-1910*. Paris : Albin Michel.
- Torns, T. (2007). “El cuidado de la dependencia. Un trabajo de cuidado”. *Revista Mientrastanto* 103: 33-43.
- Turner, V. (1997). *The forest of symbols: aspects of Ndembu Ritual*. Ithaca: Cornell University Press.
- Vásquez Rocca, A. (2012). “Ontología del cuerpo y estética de la enfermedad en Jean- Luc Nancy; de la téchne de los cuerpos a la apostasía de los órganos” *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 34 (2).
- Vega, C. (2009). *Culturas del cuidado en transición. Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*. Ed. UOC. Barcelona.
- Weber, M. (1993). *Ensayos sobre Metodología Sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu editores. (e.o. 1904-1917)
- Weiss, G. y Wodak, R. (2008). *Critical Discourse Analysis: Theory and Interdisciplinarity*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Wetherell, M. y Potter, J. (1996) “El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos”, en Gordo, A. y Linaza, J. (Eds.) *Psicologías, discursos y poder (PDP)*. Madrid, Visor.
- Wittgenstein, L. (1953/1988) *Investigaciones filosóficas*. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- VV.AA (2010). *Un lugar justo para el empleo del hogar y sus trabajadoras. Pliego de propuestas coordinado por UN-INSTRAW*. Ac-sur-Las Segovias y UN-INSTRAW.
- Yin, R.K. (1984). *Case Sudy Research. Design and Methods*. Beberly Hills, CA: Sage Publications.