In A. Damamme, H. Hirata, P. molinier (Coords), M. Wlosko (Editora), *El trabajo: entre lo público, lo privado y lo intimo. Comparaciones y desafíos internacionales del cuidad*. EDUNLA, 2021.

El *care:* ¿cómo imponerlo en la acción pública?

Claude Martin

¿Cómo se impone el *care* en la acción pública? Sometiendo a la cuidadosa traducción en inglés d'Hélène Tronc para el seminario "Teoría y práctica del *care*", esta pregunta suscitó numerosas interrogaciones. Entre ellas: ¿Hay que demostrar cómo imponer el *care* en la política pública? (*How does care become a matter for public policy?),* ¿Cómo se impone el *care* poco a poco como un tema de mayor importancia para la política pública? *(How care is becoming a matter for public policy?)* o ¿Cómo demostrar que el gobierno tiene que afrontar ese problema y por ende está obligado de tomarlo en cuenta? *(How is public policy forced to deal with the issue of care?)* ¿Se trata de promover un modelo para la política pública, de describir el advenimiento ineluctable de una política pública de *care* o de identificar un nuevo problema que los políticos tendrán que considerar aunque no estén dispuestos?

No traté de elegir la variante más probable entre todas estas opciones y propuse para mi título la traducción siguiente: *"Care, a matter of public policy"* (Care, una apuesta para la política pública), que hay que entender como una apuesta "ineludible", aunque no sea reconocida como tal por todos los actores involucrados. Con esta propuesta se trata de subrayar un aspecto importante: la ambivalencia – que es el hilo conductor del presente artículo –, entre la negación de la pertinencia de la noción de *care* en el debate socio-político francés y, al mismo tiempo, el reconocimiento de que es ineludible. Por otra parte ¿no es lo proprio de la denegación, rechazar lo que ya está presente? Uno de los aspectos del problema, por lo menos en el caso francés, es la resistencia de los políticos que no quieren reconocer la relevancia de la noción de *care* como instrumento de política pública. Pero al mismo tiempo, quisiéramos mostrar que a pesar de esta resistencia, que es casi una denegación para la mayoría de los políticos, la cuestión del *care* penetra todas las esferas de políticas públicas, ya se trate de políticas sociales para la infancia, la familia, los discapacitados o la pérdida de autonomía y probablemente más aún del conjunto de las políticas de protección social.

Todavía debemos proponer pistas para comprender la importancia de los mecanismos de rechazo del *care* como modelo para la acción pública, incluso para la acción política, es decir el rechazo de su dimensión como una "utopía política", para emplear los términos de Pascale Molinier (2013). Pero también hay que medir algunas de sus consecuencias. En efecto, al no sacar las lecciones de la perspectiva del *care*, las políticas públicas genera, en función de los dispositivos que esta perspectiva elige aplicar, nuevos problemas sin vislumbrar soluciones para los problemas que sin embargo ella misma designa una y otra vez: reducir las desigualdades, ya sean económicas y sociales, entre generaciones y de género; y también afrontar el desafío que representa el envejecimiento de la población, la integración de los jóvenes, la evolución del modelo familiar que dominaba unas décadas atrás, etc. El examen de ciertos tipos de acción pública permitirá dar cuenta rápidamente de algunos de esos efectos.

En lo que concierne a la explicación de los mecanismos que imponen la ignorancia del carácter político del *care*, habría que recordar aspectos que van más allá de la incomodidad del término inglés en el contexto francés: por un lado, el hecho de que el trabajo de *care* es considerado como un trabajo "despreciable, servil" *(sale boulot)* como lo señalan ciertos autores (Glenn 2000; Molinier 2013), un trabajo invisible, indecible; pero por otra parte, la tendencia que ha marcado la evolución de las intervenciones sociales y médico-sociales en el curso de estas últimas décadas, ocultando los temas y

reduciéndolos a factores de riesgo − como lo demostraba ya Robert Castel a principios de los años 1980 −que borran el análisis clínico del sujeto, más apto para tener en cuenta la apuestas del *care* detrás de una clínica epidemiológica.

Del problema de traducción a la denegación política

En Francia se puede comenzar por la hipótesis que la denegación de la perspectiva del *care* es debida a la dificultad de traducción del término inglés, término que existe en otras lenguas latinas como el español y el portugués (cuidar, en las dos lenguas). En francés, *care* remite a un léxico extenso. Puede significar: cuidado, atención, inquietud (por el otro), apoyo moral, ayuda, presencia, hospitalidad, escucha, solicitud, responsabilidad, solidaridad, etc., sin que se pueda reducir a uno solo de esos términos. La discusión teórica acerca del *care* es amplia y se desarrolla en varias direcciones complementarias: el debate de filosofía moral respecto a la ética del *care*; el análisis de la práctica y del trabajo de *care* (que moviliza sobre todo a sociólogos y psicólogos) y, en fin, una reflexión sobre las políticas públicas del *care (Social Care)* (Martin 2008) que es una parte de las políticas sociales, sin contar los componentes o momentos del *care*, propuestos por Joan Tronto (1993), entre *caring about* (preocuparse por), *taking care of* (ocuparse de algo o de alguien), *care giving* (cuidar) y *care receiving* (recibir cuidados), sin olvidar el debate acerca de la ciudadanía y la vida política.

La distancia entre la relevancia teórica y su supuesta inconsistencia política es considerable. Para evocar la denegación política, se puede simplemente recordar un episodio particularmente ilustrativo en el caso de Francia: el reconocimiento del *care* como sujeto de política, en la primavera del año 2010, propuesto por Martine Aubry, que era en esa época Primera secretaria del Partido socialista y candidata probable a la elección presidencial. Al principio de su campaña, Martine Aubry presentaba su proyecto para *"promover una sociedad de bienestar y de respeto, que prestara atención a todos y preparara el provenir [...] una economía de bienestar opuesta a la sociedad de consumo"*, es decir según ella, una *"sociedad del care"*, en la que se refería particularmente a los célebres trabajos de Carol Gilligan (2009 [1993]) y de Joan Tronto (1993). Pero las reacciones y las críticas no tardaron en surgir de todas partes, provenientes de la oposición, que denunció "el retorno a un discurso de asistencia y de buenos sentimientos", pero también de parte de su propio partido y, finalmente, de los periodistas que comentaron con desprecio los "buenos sentimientos" que traducía la proposición.

El carácter reaccionario y el desprecio que suscitó la propuesta de M. Aubry son impresionantes. Esencialmente, las críticas expresaban que esa política era inadecuada, porque inducía una actitud de tipo caritativo de parte del Estado, sometiendo el público a la pasividad, o porque hacía pensar à una visión mágica de un mundo de "ositos cariñosos" *(bisounours)*, expresión utilizada por los periodistas. Esto denota el relativo desprecio por el proyecto y, al mismo tiempo, una ignorancia del problema de parte de sus críticos. En efecto, la idea de promover una "sociedad de *care*" no es para nada nueva, y retoma simplemente el título del libro de Irving Bernstein, *A caring Society*, publicado en 1985, en el que se describe el proceso que llevó al New Deal, política con la que el presidente Roosevelt respondió a la gran depresión de los años 1930.

La perspectiva del *care* es ineludible

Varios son los sectores de intervención pública que plantean claramente la cuestión y lo que está en juego en el *care*. Podríamos evocar las políticas dirigidas a la familia y a la infancia, a causa de la

dificultad de conciliar la vida profesional y el cuidado *(care*) de los niños, especialmente para las mujeres (cf. Le Bihan y Martin 2008). Pero lo más visible desde hace unos años está relacionado con las políticas adoptadas para resolver el problema de la pérdida de autonomía de las personas de edad. Esas medidas se presentan como una necesidad ineluctable, tanto para las autoridades locales como nacionales e incluso internacionales. Los actores y las autoridades evocan la necesidad urgente de hacer reformas para resolver una situación cuyos datos socio-demográficos y económicos son conocidos y citados repetidamente en los informes oficiales producidos tanto por diputados como senadores, funcionarios o expertos. Se podría incluso hacer la hipótesis que la repetición de un mismo diagnóstico, de una misma "urgencia de tomar medidas" en cada uno de esos informes, remplaza la estrategia de reformas, lo que justifica la expresión "República de informes" con la que se designa a Francia en los ámbitos internacionales; como si se tratara de hacer aceptar progresivamente a la opinión pública el carácter ineluctable de una reforma.

¿Cuántas veces se ha oído hablar del futuro peso demográfico de las personas de edad en la sociedad francesa, del desafío que representa el crecimiento exponencial de la necesidad de cuidados y de ayuda? Las cifras hablan por sí mismas: las personas de más de 60 años representaban el 22% de la población francesa metropolitana en 2007, y su proporción será de 32% en 2060. En la cohorte de personas de más de 60 años, 80% son cuidadas por su entorno familiar e incluso 6 de cada 10, requieren ayuda para las tareas de la vida cotidiana. Se estima así que 3,6 millones las personas de más de 60 años recurren regularmente a una ayuda a causa de una discapacidad física o psíquica. Son las personas más cercanas quienes aseguran el *care* cotidiano. Se estima que esos cuidadores o *informal carers* representan aproximadamente 2,7 millones de personas, mayoritariamente mujeres, cuya edad promedio es de 60 años. Pero las encuestas indican que para 20% de esos cuidadores – cerca de 700.000 personas, generalmente esposas, hijas nueras y yernos –, el peso de esa responsabilidad es considerable (Soullier 2012). Las importantes transformaciones que han conocido los hogares y la distensión de los lazos familiares durante los últimos 50 años, como consecuencia de las separaciones de los matrimonios y de la disminución de la cohabitación con las personas de más edad, han engendrado un fenómeno que el mundo anglosajón califica como un déficit de cuidados (*care deficit*). Se designa así la disminución de personas dispuestas y capaces de asegurar (gratuitamente) el trabajo de *care*, representando una presión suplementaria que justifica la movilización de las autoridades, por lo menos a nivel del discurso.

Para satisfacer esta demanda de cuidados, el gobierno ha implementado en Francia un subsidio à la autonomía *(allocation personalisée d'autonomie, APA),* creado en 2002 y que remplaza la prestación específica para las personas dependientes, instituida en 1997. En el año 2013, 1,2 millones de persones recibían la APA, en su mayoría personas que residían en su domicilio particular. Esta ayuda permite cubrir una parte del costo de los servicios de *care*; mientras que el resto continúa a correr por cuenta de la familia y de personas cercanas, y es financiado por ahorros. El costo total de esta política para los poderes públicos era, en 2010, de 4.600 millones de euros, lo que representa globalmente el costo del *care*. Este título de gastos debe distinguirse de los gastos correspondientes a la hospitalización y a los gastos de salud ambulatorios, que se elevan a 13.000 millones de euros y son financiados por el sector Enfermedad de la Seguridad social.

El hecho de que Francia sólo atribuya 1% del PIB a la pérdida de autonomía, a pesar de que las necesidades aumenten y que el margen de maniobra disminuya, explica por qué el debate sobre la necesidad de la reforma se prolonga. Los últimos juegos de hipótesis proponen un *welfare-mix*, un financiamiento combinado, entre seguro privado y prestaciones públicas. Entre tanto, "la urgencia de tomar una decisión", se relativiza. Nicolas Sarkozy, cuando fue elegido presidente en 2007, había

prometido una reforma que se difirió durante todo su gobierno. El presidente Hollande heredó el expediente y la necesidad de la reforma, siempre al orden del día, continúa pasando de mano en mano[1].

La perspectiva del *care* y el desafío para las políticas sociales

Si nos limitamos a ese único expediente para resolver el problema de la pérdida de autonomía, se puede apreciar sin dificultad lo que está en juego en el *care* y las consecuencias de la elección de una política determinada o del recurso à un instrumento dado. Las combinaciones de recursos para el *care* varían según los países: la contribución de la familia incluyendo eventualmente una pensión alimentaria, la participación de terceros y de voluntarios, los servicios públicos o asociativos con financiamiento público o privado, pero también la ayuda monetaria, el *cash for care.* Esta última solución comporta diferentes posibilidades que dependen del origen de los beneficios. Pueden ser seguros privados (complementarios, facultativos u obligatorios), la Seguridad social, la ayuda social o la acción social, sea esta última universal, progresiva o con condición de recursos *(means testing),* cuya gestión puede ser territorial (municipal, regional o departamental), e implicar en ciertos casos un control de la utilización por las autoridades y las administraciones locales. Todas esas combinaciones de recursos tienen diferentes consecuencias en la repartición del *care* entre los cuidadores y las personas cuidadas.

Para hacer frente a ese desafío, muchos países piensan recurrir à una política de *welfare-mix*, que combina recursos privados y públicos. Son privados, porque los familiares y personas cercanas toman a cargo las tareas, (a veces con la ayuda de cuidadores) pero también contratando seguros privados con un recurso al mercado. Todos los países privilegian fórmulas diversificadas de *cash for care* (Le Bihan, Martin 2007; Da Roit, Le Bihan 2010); el pago de una suma de dinero parece ser la fórmula más adaptada para garantizar la flexibilidad de las disposiciones entre los interesados *(cash arrangements).* La importancia de lo que está en juego con la profesionalización es fácil de entender, ya que es difícil garantizar un servicio de calidad sin que aumente el costo del trabajo de los cuidadores. Pero lo que se puede constatar es lo contrario: el trabajo de *care* es, en la mayoría de los casos, considerado como un "trabajo servil", degradado, como lo afirman claramente Helena Hirata y Pascale Molinier (2012). Ese trabajo es efectuado por persones en posición subordinada. Cuando no son asumidos por los parientes, lo son por mujeres y/o jóvenes con poca calificación, extranjeros en situación irregular, o conocidos cuyo trabajo gratuito es prácticamente ignorado, aunque no sea compatible con una actividad profesional. Esos trabajos no abren derecho a los beneficios sociales de los trabajadores del sector formal (vacaciones pagas, indemnizaciones, servicio de salud, etc.) ni gozan de una política que permita facilitar la articulación de los diferentes momentos de la jornada.

En realidad, los poderes públicos tienen actitudes y discursos que culpabilizan a los familiares, como ocurrió en Francia durante el episodio de la canícula en 2003, que provocó la muerte de 15.000 personas. La primera explicación fue que el desastre se debió al abandono de las personas de edad por los parientes que estaban en vacaciones, combinado con la crítica a las autoridades por no haber reaccionado a tiempo para organizar una respuesta coordinada frente a las consecuencias imprevisibles de ese fenómeno meteorológico excepcional. Generalmente, los países optan por reforzar la solidaridad de la familia de

[1]Limitándose a ese expediente único para resolver el problema de pérdida de autonomía, se puede apreciar lo que está en juego en el *care* y las consecuencias de las políticas susceptibles de ser adoptadas. Bajo la presidencia de François Hollande, se adoptó finalmente una ley en enero 2016 sobre "la adaptación de la sociedad al envejecimiento de la población", que comenzó a reconocer el trabajo de *care*.

las personas que pierden la autonomía, puesto que las medidas adoptadas tienen por objetivo incitar a la familia a ocuparse de sus parientes de edad, corriendo el riesgo de reforzar al mismo tiempo la dependencia de las mujeres con respecto al marido que subviene a sus necesidades.

Otros efectos resultan de los dispositivos adoptados para asegurar el *care*, como el recurso cada vez más frecuente a inmigrantes, generalmente en situación irregular. El artículo que trata de las cuidadoras peruanas en Buenos Aires (Borgeaud-Garciandía 2012) da una idea de lo que ocurre, como también el caso de los *badenti* (personas que ayudan) en Italia (Da Roit 2010). El desarrollo del *care* como un mercado para trabajadoras inmigrantes resulta de una política que, como en el caso de Italia, consiste principalmente en utilizar la *indennità di accompagnamento*, un servicio social de utilización libre que basta pedir, para remunerar un inmigrante que va a vivir noche y día con la persona de edad dependiente con un porcentaje mínimo de invalidez de 80%.

Virtudes políticas del *care*

Todas esas disposiciones son instrumentos de políticas de *care* en lo que concierne la pérdida de autonomía, que en Europa reciben el nombre genérico de política de cuidados de larga duración (long-term care). Existen medidas análogas para la infancia y la familia. Pero podríamos también extender esta perspectiva a otros sectores de la acción pública, como la salud o la política en dirección de los jóvenes.

Esta política del *care* que no dice su nombre, esta sociedad del *care* que se organiza *sotto voce*, tiene efectos mayores no solamente en la práctica de la ayuda mutua, sino más generalmente en el papel que asumen respectivamente los familiares, los profesionales, los cuidadores y los poderes públicos en la elección de formas del *welfare-mix*. Según la combinación de acciones y de instrumentos de acción pública adoptados, la política de *care* toma formas diferentes y tiene consecuencias variadas, que engendran un grado de bienestar diferente. Adoptar una perspectiva de *care* permite mostrar las consecuencias de la desvalorización de ese trabajo y del círculo vicioso que puede conducir a la disminución de su cantidad o de su calidad. Reflexionar en términos de *care* puede también llevar a comparar diferentes formas combinadas de desigualdades económicas, sociales, relacionales, de género y de generación. Distinguir entre la disolución relativa de la familia y hacer tomar a cargo por la familia el trabajo de *care* es al mismo tiempo crucial para entender mejor las consecuencias en términos de igualdad o desigualdad entre los hombres y las mujeres. También es decisivo tener en cuenta el hecho de que el trabajo de *care* no requiere una competencia particular relacionada con el sexo y a la capacidad de procrear, a pesar de que esta idea esté bien enraizada. Se trata en cambio de una experiencia más o menos impuesta y variable según el sexo que impone la identidad. Plantear ese tipo de pregunta puede evitar que el discurso político se gargarice de palabras cuando pretende preocuparse de una igualdad de género manteniendo al mismo tiempo los estereotipos. Mostrar las virtudes y las aporías del *cash for care* es crucial para no dejarse enceguecer por la idea de facilitar las elecciones individuales, l'*agency*, o una pretendida "elección libre". Suscitar un derecho de recibir *care*, es tan importante como darlo.

Al menos por todas esas razones, el rechazo de la perspectiva del *care* es injustificable. Contrariamente a lo que avanzan sus críticos, el *care* autoriza a plantearse cuestiones absolutamente centrales en todos los niveles políticos: *Policies*, *politics* y *policy*. Se puede formular la hipótesis que el no querer interrogarse sobre las opciones con respecto al *care*, y el desprecio con el que esas interrogaciones son tratadas por la mayoría de los actores políticos y los responsables de decisiones, pueden estar relacionados con la decadencia progresiva de la "clínica del sujeto", es decir la consideración de los individuos que están implicados en el problema como un todo, como un sujeto. El cambio que significa la concepción de la sociedad como una "sociedad del riesgo" en materia de

protección social, a partir de los años 1980, que percibe Robert Castel (Castel 1981), tiende a concebir al individuo como una suma de factores de riesgo y de fragilidades que conducen a una respuesta abstracta. Esa sociedad está más preocupada por la estadística de un fenómeno sobre la base de pruebas que por la realidad vivida, que es evidentemente más compleja. El rechazo del *care* de la parte de quien toma la decisión política es también un rechazo del sujeto en situación, del sujeto en su totalidad, del sujeto en su relación con los otros.

Sin embargo, los especialistas de la acción pública que defienden esta perspectiva son cada vez más numerosos. Para dar un último ejemplo, mencionamos el trabajo del grupo reunido por Peter Hall et Michèle Lamont (2009), que se preguntó cómo las instituciones y la cultura afectan el estado de salud y de bienestar o, dicho con otras palabras, cuáles son las condiciones de una s*uccessful society,* que promueva el bienestar, una sociedad de *care*. Reconociendo el rol determinante de las desigualdades económicas para explicar las desigualdades de la salud, los autores insisten en el hecho de que la riqueza material no explica todo y que las relaciones sociales, en niveles diferentes (entre amigos, en el seno de la comunidad de vida, de trabajo, y más ampliamente las relaciones sociales y políticas) influyen en la salud, la mejoran o la deterioran.

En conclusión, a pesar de las precauciones de uso que he formulado al principio de este texto sobre los riesgos de enunciados normativos o partidarios, me parece que respondí también a la cuestión siguiente: ¿Cómo imponer el *care* en la acción pública? Pero espero haberlo hecho mostrando al mismo tiempo toda la riqueza de esta perspectiva, tanto para los responsables políticos como para nosotros, los investigadores.

Referencias

Bernstein Irving (1985). *A Caring Society. The New Deal, the Worker, and the Great Depression: A History of the American Worker, 1933-1941*. Boston, Houghton Mifflin.

Borgeaud-Garciandía Natacha (2012). « Le *care* à demeure. Le travail des *cuidadoras* migrantes à Buenos Aires ». *Travailler*, n° 28

Castel Robert (1981). *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris, Minuit.

(1983). « De la dangerosité au risque ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 47-48, juin.

Da Roit Barbara (2010). *Strategies of Care. Changing Care Policies and Practices in Italy and the Netherlands*. Amsterdam, Amsterdam University Press.

Da Roit Barbara, Le Bihan Blanche (2010). "Similar and Yet so Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies". *The Milbank Quarterly*, vol. 88, n° 3.

Gilligan Carol (2009 [1993]). *Une voix différente. Pour une éthique du* care. Paris, Flammarion [traduit de l'anglais par Annick Kwiatek ; éd. originale. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, Harvard University Press].

Glenn Evelyn Nakano (2000). « A Caring Society».*Contemporary Sociology*, vol. 29, n° 1.

Hall Peter, Lamont Michèle (eds) (2009). *Successful Societies. How Institutions and Culture Affect Health*. Cambridge, Cambridge University Press.

Hirata Helena, Molinier Pascale (2012). « Les ambiguïtés du *care* ». *Travailler*, n° 28.

Le Bihan Blanche, Martin Claude (2007). "Cash for Care in the French Welfare State: A Skilful Compromise?" In Ungerson Clare, Yeandle Sue (eds). *Cash for Care in Developed Welfare States*. London, Palgrave.

(2010). "Reforming Long-Term Care Policy in France: Public / Private Complementarities". *Social Policy and Administration*, vol. 44, n° 4.

(2012). "Diversification of Policy Measures in the Elderly Care Sector: Towards Greater Flexibility for Care Users?". *European Journal of Aging*, vol. 9, n° 2.

Le Bihan Blanche, Martin Claude (eds) (2008). *Concilier vie familiale et vie professionnelle en Europe*. Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Martin Claude (2008). « Qu'est-ce que le 'social *care*'? ». *Revue française de socio-économie*, n° 2.

Molinier Pascale (2013). *Le travail du* care. Paris, La Dispute.

Soullier Noémie (2012). « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie ». *Études et résultats*, n° 799, mars.

Tronto Joan (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York, Routled