

Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía¹

María Teresa Martín-Palomo

Universidad Carlos III de Madrid

<mtmartin@polsoc.uc3m.es>

En las sociedades occidentales modernas, la condición ciudadana sigue vinculada a una noción de individuo independiente, autosuficiente, ligado a la posesión de propiedades y otros recursos materiales. Sin embargo, esta idea de ciudadanía olvida que todos los seres humanos somos interdependientes, que la dependencia es consustancial a la existencia humana, aunque se manifieste con especial contundencia en algunos momentos de nuestras vidas, como los inicios y los finales del ciclo vital, o cuando enfermamos o desfallecemos. Desde esta consideración, se cuestiona también la noción de dependencia a la luz de los planteamientos sobre la 'diversidad funcional', de la construcción normativa de la salud y la enfermedad, así como desde la perspectiva feminista del *care*, y se invita a reflexionar en torno a un modelo de ciudadanía que incorpore las interdependencias, la fragilidad y la vulnerabilidad propias de todo ser humano.

PALABRAS CLAVE:

cuidados, género, vulnerabilidad, dependencia, ciudadanía.

[...] tiene unas necesidades un poco peculiares, pero eso solo significa que estamos más pendientes de su fragilidad [...] la mayoría de las veces se trata solo de hacerlo de otra manera

Màrius Serra, *Quieto*

1. Presentación

La forma en la que se concibe el cuidado prestado a otros, así como el autocuidado, está íntimamente relacionada con los conceptos de independencia y autonomía. La modernidad, y especialmente el pensamiento liberal, obvia que todos los seres humanos somos dependientes en algún momento de nuestras vidas, sobre todo al inicio y al final del ciclo vital, cuando enfermamos o desfallecemos (Paperman, 2005). En este sentido, es posible pensar la autonomía como una construcción social que tiene que ver con un cierto modelo de normalidad (Martín-Palomo, en prensa), lo que tiene su correlato en una determinada concepción de la dependencia. Este texto parte de considerar la condición vulnerable de todo ser humano, incluso de aquellas personas que cuentan con un elevado grado de autonomía en sus vidas cotidianas. Esta constatación demanda un análisis amplio de las relaciones sociales, partiendo de que la dependencia y la vulnerabilidad no son situaciones raras, excepcionales o accidentales, que sólo les suceden a 'otras personas', sino que son rasgos inherentes a la condición humana (Paperman y Laugier, 2005: 16).

¹ Este artículo está basado en la ponencia que, con el mismo título, fue presentada en el II Congreso Anual de la Red Estatal de Políticas Sociales (REPS), "Crisis económica y políticas sociales", celebrado en Madrid el 30 de septiembre y 1 de octubre de 2010.

Esta investigación ha sido financiada por el Plan Nacional I+D del Ministerio de Educación y Ciencia (Proyecto CSO2009-11883, «Familias en plural. Implicaciones demográficas y sociales de la creciente diversificación familiar»).

Para ello, en primer lugar, se cuestiona la noción de dependencia, especialmente aquella que ha tomado forma política en los últimos años en nuestro país, a la luz tanto de las nociones de diversidad funcional como las de salud y enfermedad. Seguidamente, partiendo de estas reflexiones, desde una perspectiva feminista, la perspectiva del *care*, se abordan los cuidados como una vía para la ampliación de lo político.

2. Cuestionar la dependencia²

El Libro Blanco de la Dependencia retoma las recomendaciones del Consejo de Europa de 1998, y define la dependencia como el “estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidades de asistencia y/o ayuda importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (Imsero, 2005)³. Tal como describe este documento, las características esenciales en torno a las cuales se vertebra dicho concepto, que se recogen en el desarrollo legislativo reciente en torno a este tema⁴, son las siguientes:

- La existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona.
- La incapacidad de la persona para valerse –o realizar– por sí misma las actividades de la vida diaria.
- Las necesidades de asistencia o cuidado de parte de un tercero.

En principio, ésta es una definición contundente. Sin embargo, tratar la dependencia resulta más problemático. Por un lado, existe una estrecha relación entre dependencia y envejecimiento, como pone de manifiesto el hecho de que el porcentaje de personas con limitaciones en sus capacidades aumenta

con la edad, especialmente a partir de los 80 años –el denominado ‘envejecimiento del envejecimiento’–. Por otro lado, situaciones de dependencia se pueden dar, y de hecho se dan, en todas las etapas de la vida –menores, personas con discapacidad, personas muy mayores, enfermos crónicos o puntuales, adultos sanos que no se valen por sí mismos (por razones no estrictamente materiales)–, o bien pueden ser reflejo de deterioros generales de las funciones fisiológicas. Y si bien no se trata de un fenómeno nuevo, se ha convertido en uno de los mayores retos actuales de la política social.

Revisar la dependencia supone cuestionar una noción cerrada, estrecha, universal y sin visión temporal del análisis de las necesidades de cuidados que tenemos las personas. Además, se propone dar un giro en las connotaciones negativas con que la noción aparece en la esfera pública, en la vida política. Tal como señala María Ángeles Durán, la respuesta a las necesidades que genera la dependencia está determinada por la estimación potencial de la oferta de cuidados, lo que no es una categoría demográfica, sino social y política, en la medida en que no deriva de la estructura de la población, sino de la respuesta colectiva que se ofrezca a las siguientes cuestiones (2006b: 57):

1. ¿Quién tiene el derecho/obligación de cuidar a quién?
2. ¿Sobre qué bases legales, morales o sociales?
3. ¿Hasta qué límite?
4. ¿Con qué contrapartida?
5. ¿Cuáles son los mecanismos sociales y legales que actúan para garantizar/premiar/castigar el incumplimiento de estos derechos y obligaciones?

No existe una adscripción natural a la dependencia; ésta es una categoría que se construye socialmente, como ocurre con la enfermedad o la discapacidad, tal como se apuntará más adelante. Así, el acceso a la categoría de ‘dependiente’ se produce por múltiples vías: a) psicológica (autopercepción); b) social (percepción de los demás); c) médica (dictamen clínico); y d) administrativa (Durán, 2006b: 59). Sin embargo, tanto las agencias de la administración pública, como las compañías de seguros y otras instituciones, dedican una parte considerable de sus recursos a vigilar el acceso administrativo a la condición de ‘dependiente’, en tanto que tiene implicaciones económicas. Esto es especialmente relevante en el contexto de la implantación en nuestro país del SAAD que prevé la citada ley.

Asimismo cabe destacar que la dependencia mutua entre las personas implica una situación referencial en la que, al menos, hay dos sujetos implicados: quien necesita cuidados y quien los presta. Pero esta situación puede variar en el tiempo y no tiene por qué darse en una única dirección: quien recibe ha dado en algún momento de su vida, tal como muestran las investigaciones desarrolladas a partir

² Estos aspectos han sido desarrollados en Martín Palomo (en prensa).

³ Sin embargo, la Ley 30/2006, de 14 de diciembre, de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante, Ley de Dependencia), en el art. 2.2, define la dependencia como “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”. Por tanto, la ley define la dependencia de forma más restrictiva, como un estado permanente.

⁴ En la Ley de Dependencia se reconoce el derecho a recibir cuidados como un derecho público y universal. Entre 2005 y 2010, se han dado pasos importantes para crear un Sistema Nacional de Autonomía y de Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD), si bien no deja de suponer un gran reto para nuestra sociedad la forma en que se aplique efectivamente dicha ley, especialmente en un contexto de crisis, que ha tenido ya su impronta sobre el SAAD.

del análisis de la dimensión temporal, diacrónica, de los cuidados (Legarreta, 2008; Damamme, 2009), en tanto que muchas de estas relaciones se entretienen en redes familiares que permanecen a través de varias generaciones, estén más o menos activas (Fernández Cordón y Tobío, 2007).

Finalmente, se debe apuntar que, tal como señala Zygmunt Bauman, pese a que la dependencia ha cobrado un matiz peyorativo, “es la base de la responsabilidad moral hacia el otro” (2005: 121), y esta consideración invita a revisar la noción de dependencia a la luz de la vulnerabilidad.

3. De la discapacidad a la diversidad funcional

De una u otra forma, el fenómeno de la discapacidad está presente en todas las sociedades, en tanto que suele haber personas con limitaciones concretas, determinados modelos conceptuales con que identificarlas, interpretarlas y tratarlas, así como también se suele implementar algún tipo de política social orientada a darles respuesta (Barton, 2008). A partir de la década de 1970, las investigaciones desarrolladas en el campo de la sociología de la discapacidad comienzan a destacar los aspectos sociales en el análisis de las restricciones que sufren las personas con alguna discapacidad física, psíquica o sensorial (Ferreira, 2010a). Desde la corriente que ha tenido un desarrollo mayor en las últimas décadas, esto es, la teoría social, se estudian los procesos discriminatorios, los ambientes y los espacios que, según se denuncia, dificultan, más que facilitan, la funcionalidad, lo que puede incrementar la vulnerabilidad de las personas con alguna limitación.

Esta corriente mantiene una estrecha vinculación con la acción política, sobre todo con los movimientos por la vida independiente. Dichos colectivos defienden que las personas con algún tipo de limitación, que han sido etiquetadas como dependientes, también aportan a la sociedad. Por tanto, exigen que las políticas públicas vayan más allá de la respuesta asistencial o rehabilitadora, fomentando y promoviendo la máxima autonomía de las personas; y reivindican sus derechos de ciudadanía, de forma que se respete y reconozca su diversidad, a la par que se les permita su desarrollo y expresión. Prefieren hablar en términos de diversidad funcional⁵ (en el sentido apuntado en el término inglés *disability*, es decir, en relación, no tanto con la capacidad, sino con las habilidades que tiene cada persona) en vez

de hacerlo en términos de limitaciones. Por ello, insisten en que más que actuar sobre el síntoma, tal como se hace desde el paradigma médico, se debe trabajar con las posibilidades funcionales que tiene un individuo para el máximo desarrollo de su autonomía. Esta demanda lleva implícito un cuestionamiento de la idea, tan arraigada, de la unidireccionalidad del cuidado –una persona que cuida y otra que recibe cuidados (de forma pasiva)–, y se demanda un modelo de buen cuidado que fomente dicha autonomía, respetando la diversidad. Ello supone el reconocimiento de que todos los seres humanos somos interdependientes, así como que existe un vínculo que se crea entre quien presta cuidados y quien los recibe. Por tanto, el concepto de dependencia a partir del que se diseñan gran parte de las políticas públicas actuales resulta, visto desde la perspectiva de la diversidad funcional, un tanto limitado, cuando no limitante.

Desde la antigüedad, el trato otorgado a la persona considerada discapacitada se ha movido entre el rechazo radical, que ha llevado a su eliminación social e incluso física, a la compasión o la asimilación a la enfermedad, olvidando, tal como señalan Toboso y Guzmán (2010: 69-70), que muchas deficiencias no están asociadas a ninguna causa patológica. Miguel A. V. Ferreira, siguiendo a Michel Foucault, señala que la génesis moderna del campo de la discapacidad está vinculada a las técnicas de poder disciplinario del siglo XVIII, con las que el saber médico desarrolló todo un trabajo de homogeneización, clasificación, normalización y prescripción de los cuerpos (Ferreira, 2010b: 53-54; cfr. Foucault, 1996: 146). Así, “la discapacidad, que en cuando desviación o anomalía, se suscita por razones económicas, es asimilada a enfermedad, traducida en una desviación de la norma de salud” (Ferreira, 2010: 55). En tiempos más recientes, el concepto de discapacidad se diversifica y enriquece a partir de los aportes de visiones médicas, económicas, educativas, entre otras. Así, por ejemplo, desde una perspectiva socioantropológica, se cuestiona el concepto de ‘normalidad’ –frente a ‘anormalidad’–, reconociendo los procesos sociales, históricos, políticos que han dado lugar a la idea de normalidad como forma prescriptiva y clasificatoria (Almeida *et al.*, 2010: 30), y se investigan las posibilidades de análisis de las limitaciones desde la perspectiva de la diversidad.

Un debate actual de enorme interés es el desarrollado en torno a las nociones con que se abordan dichos procesos. En línea con la propuesta de Martha Nussbaum, por ‘deficiencia’ se puede entender la pérdida o la limitación de una capacidad normal; ‘discapacidad’ significaría aquello que no se puede hacer en el entorno como resultado de una deficiencia; y ‘minusvalía’ sería la desventaja resultante de dicha deficiencia. Por tanto, no se puede prevenir la discapacidad, pero sí la minusvalía en determinados

⁵ Ferreira señala que, si bien el concepto de diversidad funcional no está teóricamente fundado, se ha convertido en la herramienta ideológica de la que se provee el Foro de la Vida Independiente para luchar contra la discriminación (2010b: 59).

contextos sociales que están en relación con el reconocimiento de determinados derechos básicos⁶. Así pues, para entender quiénes son consideradas como personas con discapacidad, es indispensable asumir cierta perspectiva histórica⁷, lo que supone dar una mayor importancia a los aspectos sociales y relacionales: una (inter)relación en la que se puede modificar la constitución del sujeto, las características del entorno, o ambas.

Lola Puga y Antonio Abellán (2004: 6-13) señalan que se ha prestado más atención a la elaboración de instrumentos de medida y valoración, así como a la construcción de clasificaciones, que a la discusión del marco conceptual mismo. Afirmar esto no implica que las clasificaciones no encierren una determinada forma de entender la discapacidad, sino todo lo contrario; de hecho, toda clasificación es una operación de exclusión. Más bien pone de manifiesto la carencia de un debate teórico en profundidad sobre estas cuestiones. En nuestro país, además, la preocupación por constituir estas clasificaciones tiene que ver con las consecuencias económicas que pueden tener, especialmente a raíz de la implantación de la Ley de Dependencia, tal como se señalaba más arriba. Es elocuente, en este sentido, el debate mediático y la preocupación política existente en torno al establecimiento de los diferentes grados de dependencia y los conflictos asociados a la dificultad de encajar situaciones concretas en las categorías que impone la administración pública: cada grado de dependencia conlleva un volumen de recursos diferentes en un cierto repertorio de posibilidades que pretende dar cobertura a toda la población⁸.

⁶ Martha Nussbaum realiza un sugerente apunte sobre esta terminología: “en la literatura sobre la discapacidad, ‘deficiencia’ es la pérdida de una función corporal normal; ‘discapacidad’ es algo que no puedes hacer en tu entorno como resultado de una deficiencia; ‘minusvalía’ es la desventaja competitiva resultante. En lo que sigue trataré de observar estas distinciones, aunque la frontera entre la deficiencia y la discapacidad resulta difícil de precisar, sobre todo si consideramos que el contexto social no es algo fijo, sino debatible. [...] no podemos prevenir todas las discapacidades: algunas deficiencias seguirán afectando al funcionamiento incluso en un entorno social justo. Lo que debemos hacer es prevenir la minusvalía en relación con los derechos básicos” (2007: 109).

⁷ En nuestro país, las formas de hablar de las limitaciones tienen una larga historia, desde las despectivas nociones de ‘tullido’ o ‘paralítico’ de antaño, a la denominación de ‘minusvalía’, que ha tendido a desaparecer por generar poca aceptación y ser un término confuso, o la más comúnmente utilizada en la actualidad, ‘discapacidad’. Esta historia tiene mucho que ver con la evolución misma de la percepción social y política del fenómeno. El concepto de diversidad funcional también es cuestionado por algunos autores, que lo entienden como una suerte de protección lingüística para que la denominación resulte menos agresiva, al menos en apariencia (Almeida *et al.*, 2010: 31), una operación eufemística, cuando no cosmética.

⁸ Según los datos provisionales de la Encuesta de Discapacidad (INE, 2008: 1), el número de personas con discapacidad residentes en hogares españoles alcanza los 3,8 millones (8,5% de la población). De ellas, un total de 608.000 personas viven solas en su hogar, 1,3 millones no pueden realizar alguna de las actividades básicas para la vida diaria sin ayuda, y 269.000 residen en centros de personas mayores, centros de personas con discapacidad,

4. Sobre la salud y la enfermedad

Si bien es cierto que la medicina tiene su origen vital y su finalidad moral en la necesidad de los seres humanos de ser cuidados, no lo es menos que, en el ámbito de la salud, la investigación moderna mantiene una relación muy estrecha con la política social⁹. Los costes cada vez más elevados del cuidado de la propia salud se amplían al adquirir el carácter de una nueva obligación pública, además de privada.

En el ámbito de la salud, de modo similar a lo que está ocurriendo en el de la dependencia, se ha construido un modelo de ser humano que parte de una asimetría profunda y constitutiva de las relaciones de cuidado: aquella que se da entre quienes tienen una debilidad por la que deben recibir ayuda para sus necesidades cotidianas, y quienes se presumen plena y permanentemente sanos y autónomos, las personas que cuidan habitualmente a otras. La mayor fragilidad de las primeras muchas veces se convierte en una mayor vulnerabilidad, que puede llegar a generar situaciones de abuso de poder, de abandono o, incluso, de maltrato (Martín Palomo, 2008).

Tal como afirmó Georges Canguilhem (2005), es necesario tener presente que la categorización de lo normal y lo patológico es una construcción social y, por tanto, cambia a lo largo de la historia y de las diversas culturas. Una mirada genealógica permite identificar con nitidez estos procesos. Así, por ejemplo, con la modernidad, el hospital empieza a desarrollar funciones muy diferentes a aquellas estudiadas por Foucault (1991): de ser la institución donde recalaban los ‘infames’, los indeseables, los locos y los desechos sociales, se transforma progresivamente en un espacio central en la definición moderna de salud. En el siglo XIX, con los avances de la medicina y de la ciencia, emerge un concepto de salud que se basa en el desarrollo de políticas de control de las poblaciones, a partir de medidas higiénicas y de prevención. El impulso de la estadística permite planificar y organizar la gestión pública de la salud de un modo hasta el momento desconocido (Desrosières, 2004).

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud ha definido la salud como un estado de bienestar físico, mental, social, y no solamente como ausencia de enfermedad o dolencia. Tener salud significa el disfrute de una cierta calidad de vida y ello empuja a

hospitales psiquiátricos y hospitales geriátricos (92,7% del total). La edad media de mujeres con discapacidad es de 67,6 años, y la de los hombres, de 59,4 años. En general, la discapacidad aparece a edades más tardías, en tanto que ha aumentado el período de exposición al riesgo de discapacidad como consecuencia del incremento de la esperanza de vida (INE, 2009: 63). Sin embargo, estos datos podrían ser muy diferentes si se utilizaran otras escalas de medida.

⁹ Tal como se señala en Tobío *et al.* (2010: 63-64), revisando el pensamiento de Hans-Georg Gadamer (1996).

que se incorporen elementos subjetivos en dicha autopercepción. Durán (2006a: 9-10) augura que los conceptos de salud y de enfermedad serán muy diferentes en el futuro próximo, ya que los avances, tanto en genética como en cirugía o bioquímica, propiciarán una nueva relación con el propio cuerpo. La tecnología médica se adentra, pues, en campos nuevos, más allá de la salud y la enfermedad, tales como la génesis de vida y la posibilidad de postergar la muerte, y la prevención y el cuidado adquieren un protagonismo desconocido hasta el momento. Las enfermedades no son universales, sino que en cada sociedad concreta se genera un tipo específico de enfermedades, del mismo modo que hay una forma específica de hacerles frente. La salud, a la que se dedican enormes cantidades de recursos, se convierte así también en un bien en disputa entre los distintos grupos sociales (Tobío *et al.*, 2010: 66). La identificación de necesidades y soluciones conlleva una enorme cantidad de trabajo y de recursos públicos y privados.

La atención a la subjetividad, que se reconoce en la Ley de Dependencia, obviamente tiene implicaciones en relación con la cobertura de las necesidades de cuidado que garantice el estado de salud de la población, así como con la definición de las profesiones del cuidado y de los saberes y competencias requeridos para este cometido. En este contexto, se muestra la complejidad del cuidado. La existencia de una concepción rígida o excesivamente normativa de lo que se considera 'buen cuidado' difumina la frontera entre cuidado y maltrato, tal como muestra Pascale Molinier en sus trabajos sobre la compasión de las enfermeras en el medio hospitalario¹⁰. Se trata de una frontera moral, pues en la medida en que el derecho a recibir cuidados sea considerado como un derecho subjetivo, la persona que los necesita tendrá opción a rechazar determinadas atenciones si, por diferentes motivos, no está de acuerdo con la forma en que dichos cuidados son prestados, y puede negarse a recibirlos si considera que el tratamiento prescrito le provoca más sufrimiento de lo que está dispuesta a soportar. Este límite conecta con el debate sobre la muerte digna, en tanto que una mayor 'democratización' en la longevidad no siempre se ve acompañada de una buena calidad de vida de las personas más ancianas, pues con frecuencia la enfermedad y la discapacidad, que generan una dependencia creciente, acompañan los últimos años de la vida. En verdad, las ambigüedades y complejidades que aparecen cuando se tiene en cuenta una perspectiva contextual y concreta de los cuidados son parte del cuidado mismo (Tobío *et al.*, 2010: 66).

¹⁰ Así, lo que para las profesionales puede ser entendido como un buen cuidado (cambiar de postura en la cama para evitar que se formen escaras, asear con frecuencia a la persona enferma o mantener un ambiente aséptico en su habitación) puede ser vivido por quien recibe estos cuidados como una agresión (Molinier, 2008).

Resulta complicado definir la perspectiva desde la que el cuidado puede ser considerado como de calidad, o a quién puede atribuirse su valoración. No obstante, la introducción de un componente subjetivo en la Ley de Dependencia plantea, cuando menos, la necesidad de reflexionar sobre qué puede entenderse por cuidado de calidad. No todas las necesidades de cuidado se alargan en el tiempo. De hecho, hay enfermedades o limitaciones episódicas que requieren únicamente un cuidado puntual o técnico. Pero también hay enfermedades que se cronifican. Sin embargo, tampoco en estos casos se puede decir que exista una frontera definida, pues generalmente se trata de un proceso gradual de pérdida de autonomía. Claro que dicho proceso puede ser reversible, y, de hecho, existen recursos médicos, técnicos y terapéuticos que pueden frenarlo o revertirlo. Una ayuda técnica, un ordenador, una residencia o medios de transporte adaptados, un trasplante de órganos, entre otros muchos ejemplos, pueden contribuir a generar más autonomía para la vida cotidiana o multiplicar las funciones (Toboso y Guzmán, 2010).

Reflexionar sobre la vulnerabilidad implica 'pensar' en quienes cuidan de otros habitualmente, y en las vulnerabilidades intrínsecas al cuidado

Al considerar los aspectos temporales, también se difuminan los límites entre los cuidados que se prestan en contextos institucionales (hospitales, clínicas, residencias o centros de día, fundamentalmente) y los que se prestan en los hogares, bien por familiares o allegados, bien por personal remunerado. Cuando surge la enfermedad o se cronifica, la necesidad de recibir cuidado es constante, sin solución de continuidad. A menudo, la persona cuidadora principal (*care-giver*) es el hilo conductor que establece el enlace entre los diferentes proveedores de cuidado o supervisa la asistencia recibida en la institución, asegurándose de que se cubran adecuadamente las necesidades de sus familiares enfermos (Damamme, 2009). Asimismo, las luchas por el reconocimiento y la profesionalización de nuevos y viejos trabajos de cuidado, como ocurre, por ejemplo, en el caso de las enfermeras, afectan al desplazamiento de fronteras entre cuidado y curación (Tobío *et al.*, 2010: 67).

Estas cuestiones son relevantes en tanto que los distintos tipos de necesidades de cuidado de personas enfermas, incluso cuando lo son de forma esporádica, generan una enorme cantidad de trabajo y de responsabilidad para quienes se ocupan de ellas y, en este sentido, pueden tanto permitir un mayor grado de autonomía como reforzar la dependencia.

5. Un mundo vulnerable

Todos los seres humanos necesitamos atención y cuidados, pero ciertas personas tienen necesidad de una atención especial, pues les puede ir en ello la vida (Molinier, 2009: 434). Es decir, aun admitiendo que todos somos vulnerables, hay personas que son más vulnerables y dependientes que otras (Tronto, 2009a: 50-51). Reflexionar sobre la vulnerabilidad implica, cuando menos, ‘pensar’ en quienes cuidan de otros habitualmente, y en las vulnerabilidades intrínsecas al trabajo de cuidado –por su falta de reconocimiento, por ser un saber hacer discreto, porque sólo se nota cuando se expresa en forma de carencia (Molinier, 2009: 438-440)– y en la propia vulnerabilidad, lo que supone caer en la cuenta de que, aun siendo adultos, sanos e independientes, somos frágiles. Nuestra subsistencia, nuestra vida, nuestros proyectos, los sustentan cada día buen número de cuidados, que nos dispensan otras personas o que nos prestamos a nosotros mismos (tan básicos como el descanso, la nutrición, el aseo).

Joan C. Tronto argumenta que existe una continuidad entre los diferentes grados de cuidados de los que cada persona tiene necesidad. No se trata, pues, de una división estanca entre personas cuidadas por otras y personas que cuidan, sino que cada persona es el centro de una red compleja de relaciones de cuidado, en la que generalmente cada una es cuidada y cuidadora, según el momento o las circunstancias. Sin embargo, ésta es una idea que no suele ser considerada. Aceptarla supone asumir que todos y todas somos vulnerables, y revisar el ideal de total autonomía que preconiza un cierto pensamiento liberal:

[...] la interdependencia es difícil de aceptar, pues ello significa no sólo que dependamos de otros para nuestras necesidades elementales, lo que ya es bastante, sino que dependemos de otras personas en todos los ámbitos de la existencia, y comprende todos aquellos que son considerados los más singularizados. Como, por ejemplo, nuestro genio personal. Pues en una sociedad fundada sobre el ideal de autonomía, reina también la idea de que somos autores de nosotros mismos, los propietarios de nuestras ideas y nuestras obras, los artesanos de nuestra inmortalidad. La perspectiva del *care* invita a plantear algunas dudas sobre la individualización de nuestras *performances* (Molinier *et al.*, 2009: 25-26)¹¹.

¹¹ La traducción de María Teresa Martín-Palomo. En tanto que las autoras utilizan los términos anglosajones sin traducir al francés en sus textos, se ha optado por mantenerlos en el inglés original. Esta misma pauta se ha seguido en todas las traducciones del francés que se han incluido en este texto.

Esta toma de conciencia de nuestra vulnerabilidad de base¹² obliga, pues, a cambiar nuestra forma de pensar las responsabilidades sociales (Tronto, 2009a: 51). Tal como describe Patricia Paperman, ésta es una de las potencialidades políticas que presenta la perspectiva del *care*¹³:

La perspectiva del *care* implica reconocer de forma más realista de lo que hacen las teorías sociales y morales ‘mayoritarias’ que la dependencia y la vulnerabilidad no son accidentes que suceden a ‘otros’, sino que son rasgos de la condición de toda persona. Ello se explicaría por la experiencia de quienes desarrollan la función de contribuir a la autonomización de las personas (niños, pero también adultos competentes cuya autonomía reposa sobre las respuestas no reconocidas a sus necesidades...) o de paliar sus deficiencias de autonomía (mayores o enfermos dependientes). [...] Esta percepción del *care* pone en primer lugar la cuestión de la responsabilidad y de la distribución de las actividades del *care*, de una forma justa y apropiada (Paperman, 2004, 427)¹⁴.

Buena parte de las personas realizamos actividades de cuidado en la vida cotidiana, en menor o mayor medida, incluso cuando somos receptoras de cuidados. La cobertura de necesidades de cuidados en las familias, hasta tiempos recientes, quedaba garantizada por las mujeres, principalmente por las ‘amas de casa a tiempo completo’, pese al escaso reconocimiento social de la enorme cantidad de trabajo que ello supone. Las mujeres en el entorno doméstico han cuidado de las criaturas y de las personas con autonomía reducida o de extrema vulnerabilidad por razón de edad (demasiado pequeños o demasiado mayores), estado de salud (enfermedad episódica o crónica), diversidad funcional o socialización (determinadas personas adultas). Aun hoy, muchas mujeres lo continúan haciendo, encargándose del cuidado cotidiano de varones adultos

¹² Al considerar la vulnerabilidad como un rasgo constitutivo de lo humano, no se pretende obviar por ello la vulnerabilidad social que tienen determinados grupos sociales, que les sitúa en un contexto de mayor fragilidad e indefensión cuando no existe un régimen de seguridad social universal (Castel, 2004).

¹³ Se trata de un término inglés que tiene difícil traducción al español. No obstante, es posible encontrar muchos matices del *care* en palabras castellanas, como ocurre con el verbo ‘cuidar’ o el sustantivo ‘cuidado’. La discusión sobre las posibilidades de traducción del término *care* se aborda en otro lugar (Martín-Palomo, 2008). Molinier *et al.* (2009) consideran, además, que recurrir a este término supone una toma de posición política. Estas autoras, como yo misma, recurren a la definición de *care* formulada por Joan C. Tronto y Berenice Fisher en 1990, que puede dar una idea de la amplitud de dicha noción: “[...] una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar o reparar nuestro ‘mundo’ de tal modo que podamos vivir lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades y nuestro entorno, que intentamos mantener en una red compleja que sostiene la vida” (Fisher y Tronto, 1990: 36-54).

¹⁴ La traducción de María Teresa Martín-Palomo.

sanos, a la par que ellas mismas desempeñan también trabajos remunerados de carácter extradoméstico. Así, según un modelo de relaciones de género hoy día en disputa, las mujeres se ‘sacrifican’ en el cuidado de los demás y, en último término, cuando pueden, cuidan de sí mismas. Un autocuidado que significativamente realizan en la medida de sus posibilidades, con el objetivo de no convertirse ellas en una carga para otros, en un claro ejercicio de responsabilidad consigo mismas y con los demás.

Pese a que los cuidados son absolutamente necesarios para el funcionamiento de nuestra sociedad, sólo han sido objeto de debate recientemente. Las preocupaciones del *care* son tan familiares que siempre están rondando con la invisibilidad; son cuestiones vulgares (Molinier *et al.*, 2009:7) que escapan frecuentemente a aquellos análisis realizados de forma estandarizada, por lo que se impone encontrar las maneras de dar forma política a este silencio, a esa necesidad del cuidado de ser discreto, o apenas visible, para funcionar adecuadamente. Para ello, siguiendo a Joan C. Tronto, es necesario tomar conciencia de que todas las personas somos beneficiarias de cuidados de una u otra forma, que somos interdependientes (Molinier *et al.*, 2009: 23-25; Tronto, 2009a, 2009b). De hecho, se ha propuesto directamente empezar a pensar la autonomía a partir de los cuidados (Molinier *et al.*, 2009). Tal como se remarcó más arriba, esta perspectiva pone de manifiesto que la autonomía es siempre relativa, pues subraya la dependencia y la vulnerabilidad de todas las personas, es decir, que nadie puede ser considerado como autosuficiente. E igualmente, invita a reconsiderar las bases de la ciudadanía. Pero una politización del mundo de los cuidados no se conforma con incluir en la ciudad las cuestiones cruciales de nuestras dependencias. También habría que pensar en las figuras que transitan por la ciudad y que no tienen reconocidos los mínimos derechos, pese a ser centrales para dar respuesta a los cuidados de quienes sí tienen un pleno reconocimiento de su ciudadanía (Nakano, 2009).

Es un problema que los cuidados plantean a la democracia: numerosas relaciones de cuidado no son igualitarias, en tanto que los seres humanos no somos iguales en capacidades, sobre todo si tomamos en cuenta los más jóvenes o los más mayores, los más frágiles o enfermos de la sociedad (Tronto, 2009a: 40). Con su reconocimiento, el *care* puede devenir en una premisa fundadora de la sociedad democrática: “[...] la inclusión de los cuidados en las actividades, los intereses y la vida de los ciudadanos democráticos representa verdaderamente la próxima frontera (y puede ser la última) a atravesar por la teoría de la democracia”¹⁵ (ídem, 2009a: 41).

Estas consideraciones invitan a desarrollar una reflexión crítica sobre la vulnerabilidad como condición humana universal: ¿cómo conciliar la vulnerabilidad genérica con las vulnerabilidades concretas?, ¿cómo partir de esta consideración de la interdependencia y de la vulnerabilidad sin contribuir a banalizar o ignorar las vulnerabilidades particulares?, ¿cómo evitar que la vulnerabilidad se transforme en una mera abstracción?, ¿cómo impedir que se convierta en una vía de victimización de los dominados, restándoles capacidad de agencia? También invitan a pensar en la existencia de una autonomía en el seno de la dependencia:

La idea de una vulnerabilidad constitutiva, al contrario de una vulnerabilidad limitada a categorías diferenciadas (discapacidad, vejez, dependencias diversas) plantea esta vulnerabilidad como un rasgo compartido. Esto quiere decir que cada persona es receptora de una forma de *care* [...]. Si nosotros somos los destinatarios de *care*, no lo somos todos de la misma forma, ni de forma igual (Molinier *et al.*, 2009: 29)¹⁶.

Se impone, pues, analizar los cuidados y las vulnerabilidades desde una perspectiva micro, para conocer cómo las formas diversas de vulnerabilidad se manifiestan en hombres y mujeres concretos que tienen problemas concretos (Martín Palomo, en prensa).

6. ¿Hacia qué modelo de ciudadanía? Imaginar una auténtica política de lo ordinario

Desde la literatura feminista, se discute sobre las diferentes formas de dar respuesta pública a lo que se considera y se formula como un problema político, esto es, la organización social de la provisión de los cuidados (Martín Palomo, 2008). Desarrollando un análisis histórico y sociológico de las condiciones por las que el cuidado ha devenido un asunto de mujeres, para Tronto se trata de mostrar cómo una dimensión central de la vida humana ha sido invisibilizada, marginalizada, desvalorizada (Tronto, 2009b). En general, los discursos y prácticas de ciudadanía han ignorado las necesidades de cuidado y las relaciones de dependencia e interdependencia (Saraceno, 2005). Ello, pese a que el Estado de bienestar institucionalizó las dependencias familiares: apoyándose en disposiciones tradicionales de género, se asignó asimétricamente a las mujeres el trabajo familiar no remunerado, en particular el de cuidado. No obstante, tal como señala Tronto, a la hora de construir modelos de ciudadanía, no se puede continuar dando por supuestas las estructuras del

¹⁵ La traducción de María Teresa Martín-Palomo.

¹⁶ La traducción de María Teresa Martín-Palomo.

cuidado herederas del modelo de rígida división de lo público y lo privado, que obvia que todas las personas somos vulnerables (Tronto, 2005: 2). Algunas autoras remarcan que, precisamente, las dificultades del acceso de las mujeres a la ciudadanía tienen mucho que ver con la separación sexuada entre privado y público (Varikas, 1999: 375), así como la descripción errónea de lo que sucede en la esfera privada y en la esfera pública. Sobre todo, critican su presentación de los agentes como si carecieran de relaciones y de compromisos con los demás:

La perspectiva del *care* vuelve a cuestionar la oposición entre esfera privada y esfera pública, haciendo de esta separación la condición de la invisibilidad de las actividades y de las disposiciones necesarias para la constitución de los individuos autónomos y el mantenimiento de una red de relaciones sociales (Paperman, 2004: 432)¹⁷.

Una de las voces más críticas con la convencional neutralidad del ‘ciudadano’ ha sido Carole Pateman (1996), al considerar que las mujeres se han incorporado al Estado no como ciudadanas, sino como miembros de la familia. Y tal como sostiene Susan Moller Okin (1989), si no hay justicia dentro de las familias, las mujeres no pueden alcanzar la igualdad.

Si ya resulta sumamente complicado que las reglas de ‘lo público’ se adentren en el terreno de lo doméstico, de lo familiar, no lo es menos trascender estas fronteras en el sentido inverso. ¿Cómo se puede hablar de cuidados (*care*) en el espacio público? Seyla Benhabib (1992:46) argumenta que los temas referentes al cuidado son genuinamente morales. La teoría moral ha adoptado el punto de vista del otro generalizado como propuesta normativa del sujeto moral y político; la alternativa que propone esta autora, a partir de la revisión de los trabajos realizados por Carol Gilligan, es pensar en unos “otros concretos”, es decir, considerar a todos los seres humanos como un individuo, con una historia y una constitución afectivo-emocional particulares, en que la amistad, el amor y los cuidados aparecen como normas de interacción privada. El “otro generalizado”, en cambio, sería condición necesaria para hablar de ciudadanía, si bien no podría ser considerado como suficiente para definir el punto de vista moral en nuestra sociedad. Por lo tanto, se debería pensar en un sujeto situado, encarnado, contextualizado, con sus afectos, sus intereses, sus vulnerabilidades y dependencias:

La filosofía moral moderna, y en concreto las teorías universalistas de la justicia, han acentuado nuestro valor como personas morales a costa del olvido y de la represión de nuestra vulnerabilidad y dependencia como seres corporales (Benhabib, 1992: 49)

¹⁷ La traducción de María Teresa Martín-Palomo.

Benhabib (1996) presenta una teoría integradora, que mantiene el universalismo como horizonte normativo, si bien lo matiza y lo denomina “universalismo interactivo”. Su propuesta requiere de una teoría moral que instaure algún tipo de equilibrio entre justicia, cuidado, universalidad, contexto, principios universales y prácticas locales para conseguir mejores definiciones de lo bueno y lo justo. Sin embargo, es necesario demostrar cómo funcionarán los cuidados más allá de las relaciones personales, en la esfera pública, articulándose y complementándose con la justicia (Held, 2004; 1995). La hipótesis de una organización social y política que sea más cercana a las necesidades reales y garantice la continuidad entre lo privado y lo público ha llevado a Virginia Held a proponer que el contrato social “sea como” las relaciones de cuidado, más concretamente, como las relaciones que existen entre madre e hijo. Es una forma de imaginar un tipo de relación social y política más próxima a las necesidades de los ciudadanos, pero también implica ciertos riesgos (López de la Vieja, 2004: 152-153).

La perspectiva del *care* permite, pues, ampliar la noción de lo político, al incluir aspectos morales tales como la responsabilidad, la solidaridad y los cuidados. Ésta es la reivindicación fundamental: la importancia de los cuidados para la vida humana, de las relaciones que organizan, así como de la posición social, y moral, de las personas que prestan cuidados (Laugier, 2009: 196). Por lo tanto, en todos los aspectos que tienen que ver con los cuidados, las instituciones tienen un papel que jugar. El Estado, concretamente, tiene ciertas responsabilidades, pues le corresponde intervenir en beneficio de quienes tienen necesidades especiales (Rohde, 1994), distribuyendo las cargas de tal modo que se promueva la justicia social, lo que supone la necesidad de articular medios y programas para atender situaciones y agentes de especial vulnerabilidad (McLaughlin, 2003; Feder Kittay, 2002; Nussbaum, 2007). Estas propuestas empujan a pensar la forma de trasladar los principios de la ética del cuidado a la acción política (McLaughlin, 1997). Habría que pensar entonces en un sistema dual en el que se complementen los derechos cívicos con los específicos (Young, 2000).

Algunas autoras han llegado a proponer algo así como una división del trabajo moral, depositando en las mujeres un tipo de moralidad diferencial, precisamente por su posibilidad de ser madres. En la década de 1980, reaparece en el debate sobre ciudadanía el ‘maternalismo’, de mano de autoras como Sandra Ruddick, Jean Bethke Elshtain (1997; 1983) o Virginia Held (1989), que siguiendo los trabajos de Nancy Chodorow (1984) y de Carol Gilligan (1985), consideran que, en ámbito político, se deberían poner en primer plano los valores específicos de las mujeres: el amor, el cuidado, el reconocimiento de las necesidades concretas y la amistad. Held sostiene que conse-

guir equilibrio entre lo privado y lo público permite criticar el modelo contractualista y “del hombre económico”, al argumentar que ofrece una versión pobre de la realidad social, económica y política. A su vez, el énfasis en la maternidad también revelaría la importancia de los aspectos relacionales de los individuos, en contra del sujeto clásico, el modelo de los “hongos” hobbesianos (Held, 1989). Para esta autora, la maternidad, como relación primaria, debería servir de paradigma para definir las relaciones sociales en su conjunto (Held, 1987). Por su parte, Ruddick presta especial atención a las habilidades emocionales e intelectuales que se desarrollan en la práctica de la maternidad, si bien advierte que no responden a una base biológica, y que pueden ser desarrolladas tanto por mujeres como por hombres (Ruddick, 1989). En esta línea, se desarrolla también el pensamiento de Nel Noddings (1984), quien, al describir el *care* como una díada formada por una persona que provee de cuidados y otra que los recibe, tomando como modelo la relación materno-filial, idealiza las relaciones de cuidado, así como el papel de la mujer cuidadora, fragmentando el *continuum* con que Joan C. Tronto, como se ha visto, describe el universo de los cuidados.

Estos enfoques han sido criticados tanto desde la perspectiva feminista (Sevenhuijsen, 1998: 12-20; Tronto, 2009a: 46) como desde la literatura que aborda la diversidad funcional desde una perspectiva ética (Shakespeare, 2000: 60). Se señala que, además del esencialismo implícito, el heterosexismo, el etnocentrismo, el imperio de determinado modelo de normalidad (joven, bello, sano), o lo problemático que resulta reducir la identidad política de las mujeres a su papel de madres, en este tipo de formulaciones se obvian aspectos menos idealizables, tales como el control, el maltrato, la coacción o el abuso por parte de las personas que cuidan (Collin, 1992: 87). Además, se objeta que este modelo ético, esta forma de relación con el mundo que supone cuidar, no es, ni más ni menos, que la actitud tradicional que se ha adjudicado a las mujeres. Esta díada olvida también la vulnerabilidad o la incompetencia de las personas que prestan cuidados, al arrastrar el problema intrínseco de la desigualdad entre quien presta y quien recibe cuidados.

En definitiva, en este ‘mundo vulnerable’, en esta propuesta de hacer política desde lo cotidiano, no hay problema en hablar de una determinada ética del *care*; sí lo hay, sin embargo, en que ésta se considere una ética femenina o se deslice hacia cualquier otro tipo de presupuestos esencialistas. Cada vez más estudiosas insisten en que debe incorporarse el *care* como concepto público y político (Lewis y Daly, 2000), o bien como una cuestión de ciudadanía¹⁸ (Saraceno, 2005):

¹⁸ Se han realizado diversos esfuerzos por construir un modelo de ciudadanía que contemple los cuidados como dimensión central

[...] la ética del *care* da a las cuestiones concretas y ordinarias –quien se ocupa de qué, y cómo– la fuerza y la pertinencia necesarias para examinar de forma crítica nuestros juicios políticos y morales, pero también para cambiar el mundo. Nos permite imaginar una verdadera política de lo ordinario (Laugier, 2009: 200).

Esta proximidad con la experiencia tiene consecuencias para la filosofía práctica –moral y política–, como, por ejemplo, el debilitamiento de las fronteras entre lo privado y lo público (Elshtain, 1997).

7. Algunas consideraciones finales¹⁹

Los conceptos de dependencia, autonomía y vulnerabilidad están estrechamente relacionados entre sí y con la forma en la que se concibe el cuidado prestado a otros, así como el autocuidado.

El modelo de individuo independiente y autónomo que construye la modernidad, en particular el del pensamiento liberal, obvia que todos los seres humanos son constitutivamente dependientes en diferentes sentidos y circunstancias de sus vidas, aunque esto se ponga de manifiesto sobre todo en algunos momentos, como en los inicios y finales del ciclo vital. El ciudadano ideal moderno es concebido como un sujeto que debe sustentar económicamente a todos sus familiares ‘dependientes’ –mujeres, hijos e hijas, personas enfermas, ancianas, con diversidad funcional–, en tanto que las mujeres se encargarían del mantenimiento de la vida cotidiana en el ámbito doméstico. Además de este modelo, en este artículo se ha cuestionado también la noción de dependencia al uso, para proponer la búsqueda de un modelo de ciudadanía que incorpore las interdependencias, la fragilidad y la vulnerabilidad propias de todo ser humano. Desde planteamientos feministas, se pone en cuestión una concepción de los seres humanos como individuos productivos en nombre de la cual disfrutan de determinados derechos en exclusiva o de forma jerárquica; desde los movimientos sociales por la diversidad funcional, se propugna una lectura amplia de la noción de autonomía.

Un modelo que considera la vulnerabilidad consustancial al ser humano, como el que se propugna desde la perspectiva feminista del *care*, implica una apelación al derecho a recibir y a prestar cuidados de calidad, lo que, al menos indirectamente, exige

(Fraser, 1997). Se asiste a un replanteamiento del cuidado como base de ciertos derechos, de modo que la responsabilidad de proveer cuidados para quienes los necesitan pasa a ser considerada como una tarea colectiva de la sociedad y una responsabilidad moral de las personas (Saraceno, 2004).

¹⁹ Agradezco a José María M. Terrón su atenta lectura y los comentarios realizados a este texto. No obstante, el resultado es responsabilidad exclusiva mía.

también un más adecuado cuidado de sí para quienes cuidan, independiente del tipo de relación que se establezca entre personas cuidadoras y personas cuidadas.

Tal como ha quedado dicho en otro lugar (Tobío *et al.*, 2010), se plantean una serie de interrogantes en relación con la diversificación y extensión de los cuidados más allá de las familias, en torno al cuidado

como un nuevo derecho social, sobre qué modelo de cuidado es necesario, qué modelo es posible, hasta dónde llegará la universalización de los cuidados, y qué implicaciones tendría este desarrollo para la equidad de género. El reto, hoy, es la implementación de un sistema que, desde la igualdad de género, permita desarrollar las potencialidades de todas las personas, a la par que permita asumir y respetar sus limitaciones.

- ALMEIDA, M. E. *et al.* (2010): “Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad”, *Política y Sociedad*, vol. 47, nº 1, págs. 7-10 y 27-44.
- BARTON, L. (comp.) (2008): *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata.
- BAUMAN, Z. (2005): *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, Madrid, FCE.
- BENHABIB, S. (1990): “El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista”, en: BENHABIB, S.; y CORNELL, D. (eds.), *Teoría feminista y teoría crítica*, Valencia, Alfons el Magnánim, págs. 119-149.
- (1992): “Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral”, *Isegoría*, nº 6, págs. 37-63.
- CANGUILHEM, G. (2005): *Lo normal y lo patológico*, Madrid, Siglo XXI.
- CASTEL, R. (2004): *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?*, Buenos Aires, Manantial.
- COLLIN, F. (1992): “Bordeline. Por una ética de los límites”, *Isegoría*, nº 6, págs. 83-95.
- CHODOROW, N. (1984): *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*, Barcelona, Gedisa.
- DALY, M.; y LEWIS, J. (2000): “The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states”, *British Journal of Sociology*, vol. 1, nº 2, págs. 281-298.
- DAMMAME, A. (2009): “El cuidado en las familias: perspectiva temporal versus radiografía”. Trabajo presentado en el simposio ‘Feminismos y cambio social. Afectos, justicia y violencia en las relaciones interpersonales’, organizado por el Instituto de Investigaciones Feministas y Universidad Complutense de Madrid los días 23 y 24 de abril de 2009.
- DESROSIÈRES, A. (2004): *La política de los grandes números. Historia de la razón estadística*, Barcelona, Melusina.
- DURÁN, M^a Á. (2006b): “Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 60, págs. 57-73.
- ELSHTAIN, J. B. (1983): “Antigone’s daughters: Reflections on female identity and the state”. En: DIAMOND (ed.), *Families, Politics and Public Policy*, Nueva York, Longman, págs. 300-311.
- (1997): “Moral woman and immoral man. A consideration of the public-private split and its political ramifications”, En: GOODIN, R.; y PETIT, P. H.: *Contemporary Political Philosophy*, Cambridge, Blackbell, págs. 605-617.
- FEDER, E. (1999): *Love’s Labour: Essays on Women, Equality, and Dependency*, Nueva York, Routledge.
- (2002): “When caring is just and justice is caring: Justice and mental retardation”. En: FEDER, E.; y FEDER, E. K. (eds.), *The Subject of Care. Feminist Perspective on Dependency*, Lanham, Rowman&Littlefield Publishers, págs. 257-276.
- FISHER, B.; y TRONTO, J. (1990): “Toward a feminist theory of caring”, en: ABEL, E.; y NELSON, M. (eds.), *Circles of Care: Work and Identity in Women’s Lives*, Albany, State University of New York Press, págs. 35-62.
- (2000): “Toward a feminist theory of caring”, en: ABEL, E.; y NELSON, M. (dirs.), *Circles of Care*, Albany, Sunny Press, págs. 36-54.

- FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A.; y TOBÍO, C. (2007): *Andalucía. Dependencia y solidaridad en las redes familiares*, Sevilla, Instituto de Estadística de Andalucía [http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iea-dependenciaandalucia-01.pdf].
- FERREIRA, M. A. V. (2010a): "Presentación", *Política y Sociedad*, vol. 47, nº 1, págs. 7-10 [monográfico "Por una Sociología de la Discapacidad"].
- (2010b): "De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico", *Política y Sociedad*, vol. 47, nº 1, págs. 45-65.
- FOUCAULT, M. (1991): "La política de la salud en el siglo XVIII", en: FOUCAULT, M., *Saber y verdad*, Madrid, La Piqueta, págs. 89-106.
- (1996): *Las tecnologías del yo y otros textos afines*, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.
- FRASER, N. (1997): *Iustitia interrupta. Reflexiones críticas desde la posición 'postsocialista'*, Santa Fe de Bogotá, Siglo del Hombre.
- GADAMER, H. S. (1996): *El Estado oculto de la salud*, Barcelona, Gedisa.
- HELD, V. (1987): "Non-contractual society: A feminist view", *Canadian Journal of Philosophy, Supplementary*, nº 13, págs. 111-137.
- (1989): "Birth and death", *Ethics*, vol. 99, nº 2, págs. 362-388.
- (1995): "The meshing of care and justice", *Hypatia*, nº 10, págs. 128-132.
- (2004): "Care and justice in the global context", *Ratio Juris*, vol. 17, nº 2, págs. 141-155.
- HUGHES, B. et al. (2005): "Loves's labours lost? Feminism, the disabled people's movement and an ethic of care", *Sociology*, vol. 39, nº 2, págs. 259-275.
- IMSERO (2005): *El libro blanco de la dependencia*, Madrid, Imserso.
- INE (2008): *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situación de Dependencia (EDAD). Año 2008*. Notas de prensa, 4 de noviembre.
- (2009): *Mujeres y hombres en España*, Madrid, INE; Instituto de la Mujer.
- LAUGIER, S. (2009): "Le sujet du care: vulnérabilité et expression ordinaire", en: MOLINIER, P.; LAUGIER, S. y PAPERMAN, P. (dirs.), *Qu'es-ce que le care?* París, Payot, págs. 159-200.
- LEGARRETA, M. (2008): "El tiempo donado en el ámbito doméstico: reflexiones para el análisis del trabajo doméstico y los cuidados", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 26, núm.2, págs. 49-73.
- LEIRA, A.; y SARACENO, C. (2002): "Care: Actors, relationship and contexts", en: HOBSON, B.; LEWIS, J.; y SIIM (eds.), *Contested Concepts in Gender and social Politics*, Cheltenham, Edward Elgar, págs. 55-83.
- LÓPEZ DE LA VIEJA, T. (2004): *La mitad del mundo. Ética y crítica feminista*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.
- MCLAUGHLIN, J. (1997): "An ethic of care: A Valuable Political tool?", *Politics*, vol. 17, nº 1, págs. 17-23.
- (2003): "The ethics of care", En: *Feminist Social and Politics Theory. Contemporary Debates and Dialogues*, Londres, Palgrave; Macmillan, págs. 70-90.
- MARTÍN-PALOMO, M. T. (2008): "Los cuidados y las mujeres en las familias", *Política y Sociedad*, vol. 46, nº 2, págs. 29-49.
- (en prensa): *Los cuidados en las familias. Estudio a partir de tres generaciones de mujeres en Andalucía*, Sevilla, Instituto de Estadística de Andalucía.
- MOLINIER, P. (2005): "Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets", en: PAPERMAN, P.; y LAUGIER, S. (eds.), *Le souci des autres, éthique et politique du care*. Serie: Raisons Pratiques. París, École des Hautes Études en Sciences Sociales, págs. 299-316.
- (2008): "Trabajo y compasión en el mundo hospitalario", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 26, nº 2, págs. 121-138.
- MOLINIER, P.; LAUGIER, S.; y PAPERMAN, P. (2009): "Introduction", en: MOLINIER, P.; LAUGIER, S. y PAPERMAN, P. (dirs.), *Qu'es-ce que le care?*, París, Payot, págs. 7-31.
- MOLLER, S. (1989): *Justice, Gender and the Family*, Nueva York, Basic Books.
- NAKANO, E. (2009): "Le travail forcé: cityenneté, obligation statutaire et assignation des femmes au care", en: MOLINIER, P.; LAUGIER, S.; y PAPERMAN, P. (dirs.), *Qu'es-ce que le care?*, París, Payot, págs. 115-131.
- NODDINGS, N. (1984): *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley, University of California Press.
- NUSSBAUM, M. C. (2007): *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*, Barcelona, Paidós.
- PAPERMAN, P. (2004): "Perspectives féministes sur la Justice", *L'Année Sociologique*, vol. 54, nº 2, págs. 413-434.
- (2005): "Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel". PAPERMAN, P. y LAUGIER, S. (dir.), *Le souci des autres, éthique et politique du care*. París, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Raisons Pratiques, págs. 281-297.
- PAPERMAN, P.; y LAUGIER, S. (2005): *Le souci des autres, éthique et politique du care*. Serie: Raisons Pratiques. París, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- PATEMAN, C. (1996): "Críticas feministas a la dicotomía público/privado", en: CASTELLS, C. (comp.), *Perspectivas feministas en teoría política*, Barcelona, Paidós, págs. 31-52.
- PUGA, L.; y ABELLÁN, A. (2004): *El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta Sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, Madrid, Fundación Pfizer.

- ROHDE, D. (1994): "Feminist and the State", *Harvard Law Review*, nº 107, págs. 1.181-1.208.
- RUDDICK, S. (1989): *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*, Nueva York, Basic Books.
- SARACENO, C. (2005): "¿Qué derechos y obligaciones, qué tipos de recursos? Visiones de la ciudadanía a través del prisma del género", en: RINCÓN, A. (coord.) *Congreso Internacional Sare 2004: ¿Hacia qué modelo de ciudadanía?*, Vitoria-Gasteiz, Emakunde.
- SEVENHUIJSEN, S. (1998): *Citizenships and the Ethics of Care: Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics*, Londres, Routledge.
- SHAKESPEARE, T. (2000): "The social relations of care", en: LEWIS, G.; GEWIRTZ, S.; y GLARKE, L. (eds.), *Rethinking Social Policy*, Londres, Sage, págs. 52-65.
- TOBÍO, C.; GÓMEZ, M. V.; AGULLÓ, M. S.; Y MARTÍN-PALOMO, M. T. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Barcelona, Fundación La Caixa.
- TOBOSO, M.; y GUZMÁN, F. (2010): "Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales... y otros lechos de Procusto", *Política y Sociedad*, vol. 47, nº 1, págs. 67-83.
- TRONTO, J. (2005): "Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad", en: RINCÓN, A. (coord.) *Congreso Internacional Sare 2004: ¿Hacia qué modelo de ciudadanía?*, Vitoria-Gasteiz, Emakunde.
- (2009a): "Care démocratique et démocraties du care", en: MOLINIER, P.; LAUGIER, S.; y PAPERMAN, P. (dirs.), *Qu'es-ce que le care?*, París, Payot, págs. 35-55.
- (2009b): *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, París, La Découverte.
- YOUNG, I. M. (1996): "Vida política y diferencia de grupo: una crítica del ideal de ciudadanía universal", en: CASTELLS, C. (comp.), *Perspectivas feministas en teoría política*, Barcelona, Paidós, págs. 99-126.
- (2000): *La justicia y la política de la diferencia*, Madrid, Cátedra.
- VARIKAS, E. (1999): "Extensión ou redefinition de la citoyenneté? Les ruses de la loi Générale et de la loi particulière", en: HUFTON, O.; y KRAVARTOU, Y. (eds.), *Gender and the Use of Time*, La Haya, Kluwer, págs. 371-390.