

## ENTREVISTA

### Entrevista a Javier Barbero

**Javier Júdez.** Miembro del comité editorial de *Comunidad*. Doctor en Medicina. Director del Departamento de Gestión del Conocimiento. Sociedad Española de Patología Digestiva. Madrid

Javier Barbero, doctor en Psicología, psicólogo clínico y magister en Bioética, con plaza en el sistema sanitario en el Hospital Universitario La Paz, es, desde 2015, tras las elecciones municipales y tras pedir una excedencia, concejal en el Ayuntamiento de Madrid y delegado del Área de Salud, Seguridad y Emergencias. En esta responsabilidad, el 14 de octubre de 2015 presentó en un pleno extraordinario el proyecto Madrid, Ciudad de los Cuidados (<https://www.youtube.com/watch?v=QP3a9c9ttVg>).

#### ♦ ¿Qué es Madrid, Ciudad de los Cuidados en su concepción y en su materialización tras lo presentado en el pleno del Ayuntamiento?

La primera premisa de Madrid, Ciudad de los Cuidados es que el modelo de ciudad no se describe solo por una planificación urbanística, sino también por una manera de entender y facilitar los vínculos entre los ciudadanos. En lo cotidiano, todos somos vulnerables. Todos somos receptores y proveedores de cuidados. Habitualmente, los cuidados han estado relegados al ámbito particular, privado, de una manera feminizada e invisibilizada. Con la incorporación de las mujeres al ámbito laboral se han generado una serie de tensiones entre la producción y la reproducción. De manera más general, los cuidados recaen en las familias y los domicilios. Posteriormente, una parte pasa a delegarse al estado del bienestar. Las instituciones pasan a ser responsables de asumir o complementar esta dimensión. La convicción básica del equipo municipal del Ayuntamiento de Madrid es que los cuidados se han de proveer también desde la propia comunidad. Una comunidad bien articulada puede generar de manera natural respuestas importantes en la dinámica de los cuidados que tiene que ver con sus valores en último término y con una manera de vincularse.

#### ♦ ¿Cómo se traduce esta visión a un municipio de la complejidad de Madrid?

Llevar esto a una institución es complejo y, con frecuencia, además de los elementos amables de los cuidados, también existen elementos conflictivos, porque ponen de manifiesto la necesidad de intentar garantizar unos mínimos. Los ayuntamientos no tienen competencias en salud, pero sí en derechos humanos. Por tanto, hay programas y actuaciones concretas en las que trabajar.

#### ♦ Veamos algunos ejemplos o actuaciones concretas.

Por ejemplo, en el tema de la vivienda: frente a los desahucios, hay que desarrollar alternativas habitacionales. Difícilmente se pueden generar dinámicas de autocuidados y cuidados mutuos sin tener una casa. Hay que tener una casa para tener un hogar.

Otro ejemplo sería el desarrollo de la campaña Madrid, Sí Cuida. En ella se han puesto en marcha procesos de información y asesoramiento para que todos los ciudadanos conozcan su derecho a la asistencia sanitaria y recursos como el 010, Madrid-Salud y los profesionales de equidad. Un tercer ejemplo sería nuestra lucha para erradicar la pobreza energética. Hemos de garantizar en los hogares un mínimo de calor y luz. Iniciativa muy transversal, porque no sólo se articula desde esta área, sino también desde Equidad y desde Desarrollo Urbano Sostenible, que identifica a la gente no solo en vulnerabilidad social, sino también en vulnerabilidad energética.

#### ♦ Desde esta visión de cuidados, ¿cómo puede ser la ciudad de Madrid un «entorno saludable» para su ciudadanía?

Podríamos haber articulado un programa centrado en Madrid como ciudad saludable, pero eso nos hubiera dejado en un nicho exclusivo del área de salud, favoreciendo un esquema compartimentalizado. De ahí que nosotros vemos el encuadre de los cuidados con cuatro claves funcionales que ayudan a acrecentar esta dinámica de cuidados. Las cuatro claves serían:

1. Buscamos espacios que vayan más allá del ámbito de los profesionales de salud, algo que es difícil en la práctica porque resulta complejo y porque tendemos a practicar una política compartimentalizada. Los diferentes profesionales hablamos lenguajes distintos y no hay un pensamiento hegemónico

Figura 1 . Javier Barbero



compartido. Pero podemos abordar la transversalidad con programas concretos. Como, por ejemplo, facilitar espacios públicos, como los parques, para el ocio en colegios con patios pequeños.

2. HIBRIDACIÓN. Colaboración público-social (no tanto público-privado). Por ejemplo, la campaña Madrid, Sí Cuida se organizó con la colaboración de un colectivo ya existente, Yo Sí, Sanidad Universal. Se trata de poner también al servicio de la sociedad civil iniciativas comunes.
3. PERSONALIZACIÓN. Buscamos poner en marcha acciones concretas que lleguen a personas concretas. Por ejemplo, el programa sobre la soledad no deseada es un ejemplo en el que vemos que la comunidad puede abordar malestares de la vida cotidiana. Se inspira también en experiencias de referencia, como el Programa RADAR (Barcelona), para detectar situaciones de soledad.
4. COMUNITARIEDAD (ENCUADRE COMUNITARIO). No se trata tanto de generar empresas de cuidados, sino comunidades de cuidados. De eso modo podemos articular dinámicas comunitarias y sostenibles.

♦ **Desde estas claves, ¿qué aspectos considera que deberían modificarse en la ciudad, como estructura compleja, para contribuir en la mejora de la salud de sus habitantes o aumentar los cuidados?**

Estamos completando un diagnóstico de los programas que se hacían en el Ayuntamiento en dinámica de cuidados y generando grupos de trabajo en distintas concejalías, liderados con gente con determinado liderazgo de opinión para articularlo. Todo lo que es transversal es más lento. Pero identificamos cuatro indicadores que nos permitirán dar «la carta de identidad de programa de cuidados» con distintos niveles. Son a su vez cuatro ámbitos de actuación:

1. CUIDADOS DEL ESPACIO PÚBLICO. Antes hemos visto un ejemplo de trabajo con la comunidad educativa.
2. CUIDADO COMO FUENTE DE EMPLEO Y DE TRABAJO. Aquí estamos viendo vínculos con la economía social y solidaria.
3. MALESTARES Y BIENESTARES DE LA VIDA COTIDIANA. Transiciones en la vida diaria, como por ejemplo adolescencia, temas de duelo o un programa de «hombres con cuidado» (varones en situación de desempleo).
4. ADMINISTRAR CON CUIDADO. En esto estamos trabajando ahora, queremos que los funcionarios del Ayuntamiento que atienden a los ciudadanos reciban la formación adecuada.

♦ **Al presentar este modelo de Madrid, Ciudad de los Cuidados, se hablaba de cuatro ejes (salud y determinantes sociales, barrio, vida cotidiana, cuidado colectivo). Han surgido varios de estos elementos, pero hablemos un poco de los barrios. ¿Cómo se entrelaza este modelo de ciudad con la estrategia de barrios saludables?**

Madrid-Salud depende de esta área municipal. Esto nos permite enlazar muy bien actuaciones para este plan de Madrid, Ciudad de los Cuidados. Hay 16 centros Madrid-Salud para los 21 distritos de la ciudad.

Hay que decir que existe una interrelación con otro programa transversal, el Plan de Derechos Humanos. Es una complementariedad interesante entre la ética de la justicia, universal, de los derechos humanos y la ética de los cuidados de los rostros concretos y la personalización.

♦ **Usted habló hace más de 1 año de abrir nuevos centros (municipales de salud comunitaria). ¿Cómo está este tema?**

Este es un deseo y un objetivo de esta área municipal, que persigue una cierta transformación de los centros de Madrid-Salud en centros de salud comunitaria. Pero la situación actual es muy complicada desde el punto de vista presupuestario, con la actual limitación del techo de gasto y la tasa de no reposición. Tenemos un marcado déficit de personal. Así que estamos en una difícil disyuntiva. Actualmente, estamos analizando alternativas y debatiendo sobre las diversas posibilidades. Probablemente, más que un todo o nada, tendremos que ver si un 70-80% de los centros pueden tener una clave en la línea de la transformación hacia la salud comunitaria y el otro 20-30% otras claves. Veremos.

♦ **Avancemos a otro aspecto. Su trabajo habitual se desarrollaba en un centro sanitario. Desde su experiencia, a ambos lados, ¿existe cooperación y trabajos conjuntos entre el sistema sanitario y las administraciones locales? ¿Cómo considera que deberían establecerse las relaciones entre las administraciones locales y el sistema sanitario?**

Normalmente, las consejerías de sanidad han mirado para otro lado sin establecer gran relación con el ámbito municipal, algo que se debe en parte al desconocimiento y en parte a una cierta minusvaloración. Aunque, seguramente, la responsabilidad de que no exista una mayor colaboración es de ambas partes. La diversidad política, es decir, que haya diferentes partidos en el Ayuntamiento y en el gobierno de la comunidad, no ayuda demasiado, pero la situación tampoco ha sido ideal cuando el mismo partido era responsable de ambas administraciones. Por ejemplo, el centro para mamografías está infrautilizado. ¿No podríamos llegar a un acuerdo, unos poniendo personal y máquinas y otros consumibles? Otro ejemplo, en sanidad mortuoria, no podríamos modificar la legislación para que los cementerios tuviesen espacios para trabajar con población musulmana. Debería ser más fácil, especialmente para trabajar en clave de salud pública.

♦ **En una ciudad como Madrid, ¿cómo se trabaja en el programa de desigualdades en salud de la ciudad?, ¿en qué están trabajando?**

En tema de desigualdades tenemos un mapa que habla de que hay distritos que tienen cinco o seis años de un pronóstico vital inferior. Intentamos trabajar entonces desde un esquema de universalismo proporcional. Es decir, salud para todos, herramientas para todos, pero con especial foco en aquellos que tienen más vulnerabilidades añadidas.

♦ **Hablemos también de la participación, que parece clave en el tema de los cuidados, autocuidados, etc. ¿Cómo considera que ha de organizarse la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones en las políticas en salud? ¿Es posible representar la opinión de todos los ciudadanos?**

Estamos explorando dos vías principales de participación. Por una parte, la vía de participación, fundamentalmente en línea, en algún caso, y presencial, que es muy novedosa, y tenemos que aprender mucho todos de estas experiencias (presupuestos participados). Y, por otra parte, un aspecto muy interesante es el de los foros locales, que se están poniendo en marcha en todos los distritos y que han generado distintas mesas de trabajo. En algunos distritos ya se estaban trabajando mesas de salud, pero en los foros locales ha habido en un 70-80% de los distritos mesas sobre salud y sanidad. Todavía no me han pasado los datos. Habrá que ver que no haya duplicidades y estudiar las sinergias, pero esta estrategia es muy interesante no solo como consultoría, sino también como propuesta. Habrá una composición de profesionales, sociedad civil organizada, ciudadanos particulares.

Para mí, la clave de fondo de participación, el eje central de Madrid, Ciudad de los Cuidados sería que la mayor parte de la población entendiera y se implicara en la corresponsabilidad de sus propias vidas con respecto a la de los otros. Cuando hablo de corresponsabilidad, me convierto en alguien que puedo participar en dinamizar la vida en clave positiva y en clave de valores compartidos. Para tener una comunidad más empoderada, se requiere participación. Empoderar tiene dos aspectos: uno el del ejercicio autónomo de tu vida; el segundo, el de visibilizar los derechos que te corresponden que puedes promover y que puedes desarrollar.

♦ **Para terminar, una de sus especialidades profesionales es el análisis de la ética. Desde su punto de vista, ¿cuáles son los conflictos éticos más destacados a los que ha de enfrentarse en los próximos años la organización de los sistemas de salud?**

Parto de una definición de la ética del cuidado, publicada hace muchos años en un trabajo que dirigió Javier Gafo, que definía el cuidado como la capacidad de reconocer en el otro su dignidad y su diferencia. El reto fundamental está en reconocer al diferente como una riqueza, no como una molestia de la que protegerme. Respetando los mínimos, entre todos, podremos permitir que pueda haber unos máximos diferenciales, plurales y enriquecedores. Una sociedad homogénea no es real, ni siquiera debe ser un objetivo. Una sociedad que quiere acoger la diversidad: abierta a los refugiados, a las personas de los colectivos LGTB [lesbianas, gays, transexuales y bisexuales], a las personas sin hogar, etc. El reto es ser inclusivos. No imponer estilos de vida, maneras de vida, sino promover que se puedan vivir y expresar formas de vida diversas, garantizando, a la par, el cumplimiento de unos mínimos de respeto. Por ejemplo, la asistencia sanitaria a todos los que habitan la ciudad es un mínimo exigible. No puede depender, básicamente, de condiciones administrativas.

«Todas las personas somos vulnerables, interdependientes y necesitamos cuidados.»

«Cuidar es reconocer en el otro su dignidad y su diferencia.»

Javier Barbero

[Volver](#)

Entrevista a Javier Barbero  
Javier Júdez  
Comunidad Mayo 2017;19(1):9  
ISSN: 2339-7896

## COMENTARIOS

### Dejar un comentario

0  
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar