



ENTREVISTA

FERNANDO FANTOVA

Fernando Fantova (Bilbao, 1961) se inicia en el voluntariado y el activismo social y comunitario a finales de los setenta del siglo XX. Es educador social (habilitado), licenciado en filosofía y ciencias de la educación (psicología), máster en gestión de recursos humanos y doctor en ciencias políticas y sociología. Desde mediados de los ochenta, compatibiliza la militancia vecinal y política con la labor profesional a tiempo completo en organizaciones solidarias de servicios sociales (entre 1993 y 1997 en el Ecuador) y desde 1998 con la labor como consultor internacional independiente sobre intervención, gestión y políticas sociales. Entre 2009 y 2013 tuvo responsabilidades políticas en el Gobierno Vasco, siendo viceconsejero de Asuntos Sociales. Autor de 10 libros, de 200 capítulos, artículos o ponencias y de un blog (fantova.net).

Pregunta: Desde Fundación Caser y la Revista Actas promovemos la coordinación de los sistemas sanitario y social para una mejor atención a las personas con discapacidad, personas mayores y en general en situación de dependencia. ¿Cree que es un logro posible?

Hablando medio en broma y medio en serio, me suele gustar decir que la coordinación o integración del sistema sanitario y el de servicios sociales es estructuralmente imposible pero que, afortunadamente, hay muchas personas en ambas ramas de actividad que no saben que es imposible y la logran cada día.

¿Por qué digo que la integración horizontal entre estos dos pretendidos pilares del sistema de bienestar (el sanitario y el de servicios sociales) es estructuralmente imposible? Pues lo digo porque, si bien en el ámbito de la salud nos encontramos con una política pública (y una rama de actividad) de carácter sectorial, ello no ocurre en los servicios sociales. Me explicaré.

Los servicios de salud se han estructurado y posicionado en nuestra sociedad como una rama sectorial de actividad económica (y como un pilar vertical de política pública) en la medida en que son servicios especializados en una parcela de las necesidades de la persona. Ese perímetro más o menos delimitado del tipo de necesidades a las que pueden dar respuesta los servicios de salud se corresponde, a su vez, con determinadas profesiones, disciplinas, estructuras y actividades propias o típicas de los servicios sanitarios.

En cambio, los servicios sociales no han delimitado una parte de las necesidades de la persona a la que estarían en disposición de dar respuesta. Más bien se han presentado y percibido

socialmente como capaces de responder a cualquier necesidad de las personas (sanitaria, educativa, económica, laboral, residencial u otras) siempre y cuando se determine por parte de alguna autoridad (pública, técnica o de otro tipo) que esas personas no tienen otra manera de resolverlas. Es decir, en lugar de configurarse como un pilar vertical (y una rama sectorial) con un objeto propio (potencialmente universal) son, más bien, una última red transversal, general y residual cuyo gran objeto es el mismo que el del conjunto del sistema de bienestar. Para complicarlo más, los servicios sociales, a través de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (para toda España) y posteriores leyes autonómicas de servicios sociales, parecieran querer ser el ámbito sectorial (el pilar vertical) para los cuidados de larga duración (universal como política pública).

Pues bien, la manera en la que se establece la relación entre la sanidad y los servicios sociales es radicalmente diferente según cuál de las dos configuraciones adopten los servicios sociales y diríamos que se torna imposible si éstos se encuentran en ese punto crítico en el que han intentado con fuerza abandonar la configuración anterior pero no alcanzan en absoluto la nueva.

Dicho esto, sin embargo, los servicios sociales y los servicios sanitarios tienen multitud de interfaces a diferentes escalas y en esos puntos de contacto hay muchas y muy valiosas iniciativas, experiencias, procesos y estructuras de integración horizontal que facilitan los itinerarios de las personas aportándoles mucho valor.

Pregunta: Ha trabajado usted durante años en la atención sociosanitaria desde diferentes y muy variados ámbitos. Desde esa experiencia, ¿En qué situación estamos hoy en día en España? ¿Qué avances considera que se deberían realizar?

La situación de desintegración entre los servicios de salud y los servicios sociales a la que me he referido en la respuesta anterior (con sus trabas estructurales y sus intentos meritorios), además de entenderse en el marco de la diferente y divergente evolución de los servicios sociales y los servicios de salud en las décadas a lo largo de las cuales venimos hablando de la atención integrada sanitaria y social (con esa u otras denominaciones), ha de analizarse también en el contexto de la crisis sistémica del sistema de bienestar y del modelo de sociedad que, seguramente, estamos viviendo.

Cuando hace unos veinte años, en el contexto de la elaboración de la Ley sobre autonomía y dependencia y nuevas leyes de servicios sociales, hablábamos de los servicios sociales como cuarto pilar del sistema de bienestar y de la universalización de los cuidados de larga duración, estábamos en el imaginario de que, en el proceso de construcción del Estado de bienestar en España, había llegado nuestro momento, como anteriormente había sido el momento de los otros pilares.

Después tuvimos la crisis económica de origen financiero de finales de la primera década de este siglo y posteriormente, tras la pandemia de la Covid, otras convulsiones, catástrofes o fenómenos extremos de carácter energético, climático, militar o, de nuevo, económico (en forma de escasez o inflación). Una posible interpretación de estos fenómenos es que nuestro modelo de desarrollo y bienestar se está encontrando con algunos lími-

tes en el contexto de la globalización que viene galopando a lomos de la digitalización de la vida social. Pensábamos que el reto de los cuidados de larga duración (más desafiante a medida que la generación del baby boom se aproxima a la edad en la que se suelen precisar más cuidados) podría afrontarse mediante un reforzamiento de los servicios sociales y una mejor integración entre éstos y los sanitarios pero esto no está sucediendo, en términos generales.

La profesionalización y garantía pública de eso que llamamos cuidados de larga duración no parece avanzar según lo previsto y no parece que sea sólo una cuestión de ritmos y de recursos humanos, tecnológicos o económicos sino que más bien sucede que no tenemos modelo. Y posiblemente no sea sólo que no tenemos “modelo de negocio” (para las proveedoras) o un “modelo de protección social” (para las políticas) sino más bien que no tenemos “modelo de sociedad”. O, dicho de otro modo, que el modelo de sociedad hacia el que aparentemente nos dirigimos no es universalizable (y por lo tanto no es sostenible) y esto no sólo lo vemos en nuestra relación con el entorno natural, sino en la manera de organizar la radical interdependencia entre nuestros cuerpos y entre nuestros proyectos de vida.

Nuestro discurso profesional y político habitual sobre integración horizontal entre servicios sociales y servicios de salud no suele reconocer la evolución real de nuestra organización social de los cuidados de larga duración, que, hoy por hoy, podemos seguir calificando como precaria, patriarcal, dualizada, colonial e institucionalizadora, sin que se perciba una hoja de ruta creíble para superar dicha situación.

Decir esto no supone desconocer el esfuerzo de las gentes de los servicios sociales, políticas y técnicas, por el desarrollo y la mejora de nuestros servicios sociales. Es mucho lo que se han desarrollado y han mejorado los servicios sociales en los últimos cuarenta años. Lo que pasa es que lo que nos habíamos planteado con ellos, más que ese desarrollo y esa mejora, era un salto cualitativo hacia otro paradigma en un contexto de profundos cambios sociales.

En ese contexto, las loables iniciativas de integración horizontal, a mi entender, se ven contrarrestadas por fuerzas que empujan en el sentido contrario, bien porque acentúan las asimetrías y divergencias entre los servicios sociales y los servicios de salud o bien porque hacen entrar en crisis, precisamente, elementos del sistema de salud favorecedores de la integración, como es la atención primaria de salud territorializada y su integración vertical con la atención especializada o la hospitalaria.

Pregunta: Ha desarrollado usted una larga trayectoria promoviendo la defensa de los derechos y necesidades de las personas con enfermedades crónicas con una atención integral, ¿cuál es la clave de su éxito?

Ya me gustaría poder decir que he tenido éxito en esa larga trayectoria. Sea en labores de atención directa, de gestión, políticas o de consultoría, diría que más bien, en general, no he sido una persona que haya liderado proyectos o aplicado medidas cuyos resultados se puedan valorar, en su caso, como un éxito.

Me considero más bien un acompañante de esas personas que toman decisiones o realizan actuaciones. Alguien que ha intentado, intenta y quiere seguir intentando facilitar conexiones o puentes entre diferentes agentes y, especialmente, entre las instancias que producen o sistematizan conocimiento (como la academia o centros de estudios) y quienes prestan los servicios sociales (particularmente entidades públicas u organizaciones del tercer sector).

Pregunta: ¿En qué está trabajando ahora? ¿Cuál o cuáles de sus próximos proyectos le ilusiona especialmente?

Empecé como consultor independiente hace unos 25 años y las cosas que he ido haciendo han dependido de lo que me han ido pidiendo o proponiendo las organizaciones y agentes que se han dirigido a mí. Lógicamente, la gente tiende a pedirme determinados trabajos sobre ciertos asuntos porque saben que he realizado trabajos similares o me he interesado en esos asuntos.

En estos momentos diría que estoy, en buena medida, colaborando en estrategias públicas o de entidades del tercer sector en clave comunitaria y, en varios casos, específicamente relacionados con las situaciones de soledad. Por supuesto, mantengo la línea de trabajo en políticas públicas de servicios sociales y no deja de aparecer la realidad de las discapacidades y situaciones de dependencia, la atención integrada sanitaria y social.

Pregunta: En la revista Actas estamos especialmente ocupados en promocionar a jóvenes investigadores. ¿Es la investigación-intervención social un ámbito propicio para atraer talento joven?

Sin duda, en el mundo de la intervención social necesitamos talento de todas las edades para todas las actividades que generen conocimiento, sabiendo que tanto en las trayectorias individuales como en las colectivas suele ser conveniente la mezcla, hibridación y aportación mutua entre tipos de conocimiento: filosófico, ético, científico, experimental, técnico, tecnológico, experiencial o práctico.

Pregunta: Recomiéndonos algo que leer, o alguien a quién seguir, para entender mejor la atención a la dependencia y la inclusión social en el futuro.

Diré algunos nombres que me vienen a la mente: Marije Goikoetxea, Abel Novoa, Demetrio Casado, Raquel Martínez Buján, Esther Limón, Mayte Sancho, Agustín Huete, Rafael Bengoa, Sara Buesa, Adelina Comas-Herrera, Manuel Aguilar, Pilar Rodríguez, Javier Yanguas, Gregorio Rodríguez Cabrero, Juan Gervas, Vicente Marbán, Joseba Zalakain, Joan Carles Contel, Teresa Martínez, Lourdes Bermejo, Inés Francés, Dolors Comas, Antonio Jiménez Lara, Nerea Eguren, Victoria Mir y más, que no puedo alargar más la lista.

Muchas gracias.