

¿Quién cuida a las cuidadoras?

M^a Isabel Casado Mora

Enfermera. Máster en Ciencias de Enfermería y Diploma de especialización en Género y Salud

La prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares u otras personas de la red social inmediata, sin recibir una remuneración económica por ello, se ha denominado 'cuidado informal'.¹ La mayoría de los cuidados a personas dependientes se realizan en el ámbito domiciliario y son asumidos por la familia, de manera no remunerada. El cuidado de personas dependientes no se distribuye de forma homogénea entre los miembros de la familia, el rol de 'cuidadora principal' viene determinado por el género (femenino), el parentesco (hija, esposa, madre) y la convivencia en el hogar.²

Invisibilidad de los cuidados informales

Determinados rasgos del cuidado informal afectan muy directamente a su visibilidad y reconocimiento social. Según Mari Luz Esteban, esta invisibilidad se debe a que es la familia la principal institución donde se llevan a cabo, quedando suscritos los cuidados al ámbito de 'lo privado'.³ Otro aspecto es la difícil catalogación como trabajo; habitualmente se cuidan personas de la familia con las que nos unen lazos afectivos y con las que tenemos un compromiso en su cuidado y, por tanto, se realizan sin que se reconozca que son actividades que requieren tiempo, dedicación y un conjunto de saberes. El tercer aspecto es la naturalización del cuidado como parte de las cualidades de las mujeres, de forma que se piensa que las mujeres, por el hecho de serlo, poseen naturalmente esos saberes y habilidades, sin tener en cuenta la división sexual del trabajo como consecuencia de un determinado sistema de género.

¹ M. M. García-Calvente, I. Mateo-Rodríguez, A. P. Eguiguren, «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad», *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, 2004, pp. 132-139.

² M. M. García-Calvente, M. Del Río Lozano, A. P. Eguiguren, «Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud», *Inguruak*, vol. 44, 2007, p. 291.

³ M. L. Esteban, «Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución», en *Congreso Internacional SARE 2003. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea, Vitoria-Gasteiz, 2004.

Esta situación responde al modelo social patriarcal en el que vivimos, organizado en función de una división sexual del trabajo que otorga mayor valor social y económico al trabajo productivo, asignado a lo masculino, que al trabajo reproductivo, asignado a lo femenino.⁴ Este modelo asigna la responsabilidad del cuidado familiar a las mujeres, relegando esa actividad al ámbito doméstico y basándolo en modelos afectivos, otorgando al cuidado escaso valor económico. A pesar de que en las últimas décadas las mujeres se han ido incorporando al trabajo remunerado fuera del hogar, no ha sido así en la incorporación de los hombres a las tareas del hogar y de cuidado familiar. Esto ha supuesto una sobrecarga en las mujeres que se ha denominado 'doble jornada' al acceder al ámbito público manteniendo su protagonismo en el ámbito doméstico.⁵

El Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (PEIO) 2014-2016 editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publica que en España la tasa de actividad de las mujeres se ha incrementado en los últimos años, reduciéndose de forma progresiva la diferencia con la tasa de actividad de los varones. Se ha reducido también la diferencia entre la tasa de empleo de mujeres y de varones, pero a causa del paro, puesto que las mujeres no han visto crecer su tasa de empleo y ha sido la de los varones la que ha descendido de forma muy importante como consecuencia de la crisis económica.⁶

Durante 2012, el 85,67% de las personas con excedencia laboral por cuidado de familiares fueron mujeres. Entre los motivos para no buscar empleo, 1.744.000 mujeres y 96.000 varones señalaron el cuidado de menores o personas adultas enfermas, con discapacidad o mayores.

Diferencias de género en el cuidado informal

Las características del cuidado informal son diferentes entre los hombres y las mujeres, con marcados roles de género. Ellas dedican más tiempo a cuidar, reciben menos apoyo de su entorno y pasan más tiempo en el hogar, por tanto, las consecuencias sobre su salud también son distintas.

Los hombres demandan más apoyo para cuidar y son menos reticentes a recibirlo. Las mujeres suelen percibir peor calidad de vida y refieren más problemas psicológicos: ansiedad y depresión y más consumo de psicofármacos.⁷

⁴ I. Larrañaga, B. Arregui y J. Arpal, «El trabajo reproductivo o doméstico», *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, 2004, p. 31-37.

⁵ M. Larrañaga, «Desigualdades entre mujeres y hombres en el mercado laboral», s/l, s/f. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/ec/jec8/Datos/documentos/comunicaciones/Feminista/Larra%F1aga%20Mercedes.PDF>

⁶ Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad, *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016*, Madrid, 2014.

⁷ M. Del Río Lozano, *Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud*, Tesis Doctoral, Universidad de Granada, Granada, 2014.

Según la última Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008, cuidar de una persona en situación de dependencia no tiene las mismas repercusiones para hombres y mujeres. En lo que respecta a la salud, el porcentaje de mujeres que considera que su salud se ha deteriorado, dicen estar cansadas, deprimidas, o reciben tratamiento ansiolítico, es superior que en el caso de los hombres, 76% de mujeres frente al 40 % de los hombres.⁸

Marcela Lagarde reseña la necesidad de cambiar el sentido del cuidado informal, «maternizando a la sociedad y desmaternizando a las mujeres».⁹ Es un hecho el sufrimiento emocional y psicológico de muchas mujeres que han optado por no asumir los cuidados familiares, ya que mantienen un gran sentimiento de culpa por no desarrollar el 'rol natural' de cuidadora tal y como está aceptado socialmente. Este cambio solo puede ser posible visibilizando y valorando la aportación de las mujeres a los cuidados informales y proponiendo el reparto equitativo del cuidado (entre mujeres y hombres y entre sociedad y Estado).

Existen varios modelos teóricos de la relación entre el sistema formal (profesionales) e informal (personas cuidadoras informales) de cuidados.¹⁰ El *modelo de cuidado suplementario* en el que la mayor provisión de cuidados los realiza el sistema informal, y el sistema formal interviene para sustituir temporalmente al cuidado informal. El *modelo de cuidados complementario* en el que los dos proveedores, informal y formal proporcionan diferentes tipos de cuidados.

En España predomina el *modelo de bienestar familista*, según el cual, las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de cuidados de sus miembros, dedicando pocas prestaciones a las familias, con la salvedad de las situaciones de desamparo económico y social.¹¹

En los últimos años, algunas autoras han comenzado a exigir un replanteamiento de los cuidados como una responsabilidad colectiva y no como una cuestión individual y privada. Pilar Carrasquer reflexiona sobre lo que significa cuidar y recibir cuidados: «significa reclamar el derecho a unos servicios de cuidados accesibles y profesionalizados. Y significa, a su vez,

⁸ INE, *Encuesta de discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*, Madrid, 2008.

⁹ M. Lagarde, «Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción», en SARE 2003... *op. cit.*, Victoria, 2004.

¹⁰ J. Rogero-García, «Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia», *Revista española de salud pública*, vol. 83, no 3, 2009, p. 393-405.

¹¹ Ministerio de Trabajo e Inmigración, *La calidad de vida de las cuidadoras informales: bases para un sistema de valoración*, Madrid, marzo 2009.

reconocer material y simbólicamente el valor de los cuidados como pieza clave para el bienestar y la reproducción social».¹²

El Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía

En el ámbito español, el perfil predominante de las personas que cuidan es el de mujer con edad entre 55 y 65 años, hija o cónyuge de la persona a la que cuida, de estado civil casada, con bajo nivel de estudios y escasa actividad laboral remunerada y con una dedicación generalmente exclusiva al hogar y al cuidado.¹³

En Andalucía, con la puesta en marcha del Plan de apoyo a las familias andaluzas, se establecen un conjunto de medidas, servicios y ayudas de soporte para las familias, en cuestiones como la protección social, la salud, la educación, la protección de mayores y personas con discapacidad, la inserción laboral o la adecuación de sus viviendas.¹⁴

Este Decreto de apoyo a las familias andaluzas, reconoce el esfuerzo de las mujeres en el cuidado de las familias cuando establece que:

«las consecuencias directas de la sobrecarga familiar recaen, fundamentalmente, sobre las mujeres. Esta sobrecarga se pone de manifiesto en múltiples facetas de la vida familiar, como su predominante papel en las familias monoparentales y el excesivo peso en la atención a los ancianos/as, los hijos/as, las personas con discapacidad y, en general, a toda la unidad familiar, teniendo en cuenta que en muchos casos realiza esta labor con escasos medios y compatibilizando el trabajo familiar con el profesional».

Para potenciar los cuidados domiciliarios y dar respuesta a las necesidades de las personas que cuidan en el ámbito familiar, se desarrolla en marzo de 2005 el Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía.¹⁵

El Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía parte del hecho que la familia y dentro de ella, las mujeres, siguen siendo la base principal de prestación de cuidados informales, sin disminución del resto de las obligaciones que asumen dentro y fuera del hogar. El cuidado en el hogar de una persona dependiente incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios, gestión y relación con los servicios

¹² P. Carrasquer, «El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología», *Cuadernos de relaciones laborales*, vol. 31, no 1, 2013, p. 91-113.

¹³ M. Á. Durán Heras, «Dependientes y cuidadores: El desafío de los próximos años», *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 60, 2006, pp. 57-74.

¹⁴ Decreto 137/2002, 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, BOJA nº 52, 4 de mayo del 2002.

¹⁵ Plan de Atención a cuidadoras familiares en Andalucía, Dirección Regional de Desarrollo e innovación en Cuidados, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Consejería de Salud, 2005.

sanitarios, además de apoyo emocional y social.¹⁶ Habitualmente las mujeres asumen los cuidados más cotidianos, higiene, alimentación, vestido, etc. que requieren más dedicación y son más pesados.

El cuidado informal, fundamentalmente cuando es prolongado, produce sobrecarga física y psicológica en la persona que los presta, con repercusión negativa en su propia salud.

Según datos disponibles en el registro de la aplicación web de las personas cuidadoras facilitados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, en 2015 están identificadas 90.082 personas como cuidadoras principales de personas con gran discapacidad y alto nivel de dependencia, de las que el 85% son mujeres.

El Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía establece una serie de medidas para mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de 'las cuidadoras familiares' de personas con gran discapacidad.

En primer lugar, se identifica a la 'cuidadora familiar' sobre la que se establecerán las medidas, como única responsable de los cuidados. Esta persona tiene que dedicar 10 horas o más al cuidado de la persona con discapacidad, conviva o no en el domicilio, asumir la responsabilidad principal del cuidado y no recibir remuneración económica.

Definen a las personas con gran discapacidad como aquellas con problemas de salud en situación de encamamiento constante y prolongado, personas con altos niveles de dependencia para el cuidado (higiene, alimentación, cambios posturales, etc.) y/o con deterioro cognitivo. En el año 2007 se incluyen las personas con Alzheimer y otras demencias, independientemente del estadio en el que se encontraran.

El sistema formal de cuidados, en este caso el Servicio Andaluz de Salud, incorpora una serie de actuaciones concretas para la atención de las personas cuidadoras, ya que su salud es considerada como objetivo prioritario. Se desarrollan nuevos servicios para potenciar los cuidados informales en el domicilio manteniendo y mejorando la calidad de vida, relacionada con la salud, de estas personas cuidadoras.

Entre estas medidas está la identificación formal de la cuidadora principal y la entrega de la Tarjeta + Cuidado, la asignación del/la profesional de referencia tanto en atención primaria como hospitalaria, la realización de talleres de apoyo al cuidado, la provisión de materiales (camas articuladas, grúas, sillas especiales...), la gestión de recursos sociales

¹⁶ M. M. García-Calvente, I. Mateo-Rodríguez y A. Eguiguren, «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad», *Gaceta Sanitaria*, 18 Supl 1, 2004, pp.132-139.

(prestación económica, ayuda para la atención domiciliaria, centros de día), la prioridad en citas y pruebas complementarias en los centros del Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA), el acceso a ventanilla única y el seguimiento telefónico, entre otros. Durante la hospitalización, estas personas cuidadoras recibirán servicios de hostelería si así lo desean.

La situación de partida para la elaboración del Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía era desigual entre hombres y mujeres a la hora de asumir los cuidados informales, en el año 2005: el 83% de las personas cuidadoras eran mujeres. Conscientes que el cuidado tiene un coste muy importante en quien lo ejerce llegando a generar sobrecarga, aislamiento o insatisfacción, se establecen medidas prácticas ante unas necesidades evidentes para que el sistema sanitario se centre también en la persona que cuida –en ocasiones es la paciente invisible– y no sólo en la persona que es cuidada.¹⁷

Los planes estratégicos no son neutros respecto al género ya que pueden perpetuar o aumentar las desigualdades de género existentes. Los resultados del análisis del perfil de personas cuidadoras identificadas con la Tarjeta + Cuidado, nos dice que desde la implantación del plan en 2005 hasta la actualidad, se mantienen las mujeres como principales proveedoras de cuidados informales.

Uno de los requisitos exigibles para ser identificadas como personas cuidadoras de grandes discapacitados era que se ocuparan diez horas o más en el cuidado. Esta situación obliga a que permanezcan en el hogar sin posibilidad de trabajo remunerado, ocio o relaciones sociales.

En cuanto a la edad de las personas que cuidan, las mujeres se incorporan antes al trabajo de cuidar. La mayoría de las mujeres cuidadoras tienen entre 41 y 60 años, edad productiva y con más responsabilidades familiares por el cuidado de hijos e hijas. Sin embargo, los hombres se incorporan más tarde al cuidado, mayoritariamente a partir de los 60 años, probablemente cuando su trabajo productivo no se ve comprometido. En este plan se reconoce que «el cuidado puede resultar menos gravoso y más eficaz si se incorporan más personas en su desarrollo, de forma que éste no caiga sobre una única cuidadora»,¹⁸ aunque no se establecen medidas para que esto se haga efectivo.

Son muchos los estudios que ponen de manifiesto que el trabajo de cuidado a personas con altos niveles de dependencia tiene consecuencias sobre la salud física de las cuidadoras:

¹⁷ M. V. Delicado Useros *et al*, «Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes», *Atención primaria*, vol. 33, nº 4, 2004, pp. 193-199.

¹⁸ J. Rogero-García, «Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria», *Index de Enfermería*, vol. 19, no 1, 2010, p. 47-50.

¹⁸ Plan de Atención..., *Op. cit.*, 2005.

cansancio físico, deterioro de la salud y falta de tiempo para los autocuidados, aunque las mayores consecuencias se presentan en la salud psíquica: agotamiento emocional, insomnio, estrés y depresión.¹⁹

Sin embargo, algunas investigaciones refieren que el cuidado también tiene aspectos positivos en quienes lo prestan: seguridad en uno mismo, satisfacción por la ayuda prestada, estrechas relaciones de afecto y desarrollo de empatías.

Para mitigar la sensación de sobrecarga que manifiestan las mujeres que cuidan, se hace necesario diseñar e implementar estrategias que fomenten la implicación y el reparto equitativo de los cuidados informales mediante la participación de otros miembros de la familia en los cuidados y al mismo tiempo se diversifiquen las medidas de apoyo social para que la responsabilidad del cuidado de las personas dependientes recaiga en los servicios públicos y las personas que cuidan puedan seguir sus actividades laborales, educativas, de ocio y, en definitiva, su proyecto de vida.

¹⁹ J.Rogero-García, «Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria», *Index de Enfermería*, vol. 19, n. 1, 2010, p. 47-50.