



EDITORIAL semFYC

La invisibilidad de los cuidados que realizan las mujeres



Invisibility of care that make women

El apoyo social —que repercute en los procesos relacionados con la salud^{1,2}, la enfermedad³ y la mortalidad⁴, como han demostrado numerosos estudios— es un proceso interactivo, merced al cual el individuo obtiene ayuda emocional, afectiva, instrumental, o económica de la red social en que se encuentra inmerso, entendiéndose por red social⁵ el «entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo así como las características de estas relaciones», que tienen impacto duradero en la vida de un individuo. Las redes sociales, atendiendo a su composición, se pueden clasificar en familiares o extrafamiliares (personas cercanas como amigos/as, vecinos/as, compañeros/as de trabajo).

Una concreción del apoyo social es el cuidado, columna vertebral de todas las sociedades, básico para la supervivencia y que ha ido adoptando distintas características según el lugar y el momento histórico.

Los cuidados, o servicios prestados por los miembros de la red, pueden ser remunerados o no, lo que origina 2 tipos de redes de cuidados de salud: informal (sin retribución económica) y formal, constituida por profesionales u otras personas procedentes de áreas sanitarias o sociales, que prestan sus servicios a cambio de una retribución económica.

Generalmente han sido las familias las que han prestado el cuidado informal en caso de enfermedades, de discapacidad por minusvalías psíquicas o físicas, por accidentes, a las personas mayores dependientes y los cuidados en la infancia. Pero en honor a la verdad, habría que aclarar que «esa función ha recaído y recae, casi en exclusiva, en las mujeres del núcleo familiar, en las madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas dependientes y, entre estas, en las mujeres de mediana edad, sobre todo en el grupo comprendido entre los 45 y los 69 años»⁶. Es decir, la «cuidadora» es el elemento principal de la red informal, y el modelo de bienestar «familista», según el cual las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de bienestar de sus miembros, sigue penalizando a las mujeres

Esta asignación de tareas se realiza desde una perspectiva de género profundamente arraigada en nuestra sociedad y que se basa en la «división sexual del trabajo» por la que los hombres han accedido al empleo formal, al salario y a los derechos sociales, debido al rol de sustentadores de la familia que históricamente se les ha asignado, mientras las mujeres han quedado adscritas a una situación de «dependencia» respecto a los hombres y han sido relegadas a la realización de las tareas menos valoradas: el trabajo de cuidado no remunerado, considerado algo consustancial, «natural» al sexo femenino.

Los modelos de protección social existentes (salvo excepciones, como la de los Países Escandinavos o los Países Bajos) no han incluido dentro su ámbito, hasta muy recientemente, los cuidados en la infancia, las situaciones de discapacidad, de enfermedad crónica y durante la vejez. La razón estriba —según el Libro Blanco del IMSERSO *Atención a las personas en situación de dependencia en España*— en que la mayoría de los sistemas de protección social continúan marcados por connotaciones ideológicas sustentadas en modelos familiares que no tienen en cuenta el profundo cambio social que significa la deconstrucción del sistema de género y la consiguiente simetría de roles que está en trance imparable de producirse y, por ello, sigue reticentemente vigente el modelo basado en la antigua concepción social asentada en la división sexual del trabajo, que adjudicaba diferentes tareas, roles y comportamientos a hombre y mujeres⁷.

Según los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008⁸:

- El 8,5% (3.847.854) de la población española, que vive en un hogar familiar, declara algún tipo de discapacidad o limitación para realizar las actividades de la vida cotidiana, y el 55,8% (2.148.548) de estas son dependientes, precisando ayuda para la realización de alguna de estas actividades, frente a las 252.804 personas dependientes que viven en centros residenciales.

- Un 19% del total de mayores con algún grado de dependencia pueden vivir en la comunidad gracias a la ayuda de su red informal (familiares, amigos/as o vecinos/as).
- Solo el 2,3% de las personas mayores dependientes que viven en hogares reciben los cuidados de los servicios sociales.

Con estos datos se puede constatar la real y enorme contribución del sistema informal de cuidados de salud, a pesar de ello invisible para la sociedad, comparable con un gran iceberg cuya parte visible, en torno al 20%, representan los cuidados formales, frente a su parte oculta que representaría el 80% y corresponde a los cuidados informales de salud.

En nuestro país, los servicios formales participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas que lo necesitan. Además, existe una clara inequidad de género por la desigual distribución de las cargas (entendidas como «conjuntos de problemas, tanto físicos como psicológicos o emocionales, sociales y financieros que pueden experimentar los miembros de la familia que cuidan a adultos dependientes» —George y Gwyther, 1986—) entre hombres y mujeres: el porcentaje de mujeres cuidadoras no solo no ha disminuido desde 1995 sino que ha aumentado en 2005; el 84% de las personas cuidadoras de las personas mayores son mujeres, lo más habitual es que sea la hija (50%), o la esposa o compañera (12%) y en menor medida las nueras (9%), porcentajes que contrastan con los de los hijos, esposos o yernos, que son del 8, 5 y 2%, respectivamente.⁹

El coste que asumen las mujeres por el hecho de cuidar es elevado en términos de salud, calidad de vida, oportunidades de empleo, desarrollo profesional, impacto económico, relaciones sociales y disponibilidad del propio tiempo.

Cualquier política de apoyo a cuidadoras/es debería tener en cuenta la distribución desigual de las responsabilidades y cargas que supone el cuidado de las personas dependientes en la sociedad, tanto en el ámbito privado de la familia, vecinos/as, amigos/as (servicios informales), como en el público (servicios formales). Las políticas de apoyo deberían ser, por tanto, en primer término, políticas de reducción de las desigualdades y fomento de la equidad¹⁰.

Solo con un conjunto de prestaciones y servicios destinados a colaborar con las familias en el cuidado y atención que todas las personas necesitamos en algunos periodos de nuestro ciclo vital y, de manera especial, durante la infancia y los últimos años de nuestra vida, se comenzaría a reparar la falta de equidad que, frente a los sistemas de protección social, se comete con las mujeres, pues siendo ellas las que más bienestar producen a la sociedad, son quienes menos se benefician de las prestaciones del sistema (el diferencial en la cuantía de las pensiones según sexo es uno de los más claros ejemplos).

Según la OIT, es necesario que el cuidado sea considerado una necesidad social básica y, por tanto, constituya un derecho de ciudadanía. No se trata de promover solamente una mayor oferta de cuidado —de por sí indispensable— sino de universalizar la responsabilidad, la obligación, la tarea y los

recursos necesarios para el cuidado, siendo la única manera de que se inserte como un derecho humano fundamental: el derecho a ser cuidado, a cuidar y a cuidarse¹¹.

Es urgente diseñar un nuevo contrato social en el cual las tareas de cuidado sean asumidas como un tema de responsabilidad compartida entre el estado, el mercado y la sociedad en general, pero también entre los hombres y las mujeres dentro de los hogares.

Bibliografía

1. Blake RL, Mckay DA. A single-item measure of social supports as a predictor of morbidity. *J Fam Pract.* 1986;22:82–4.
2. Asher CC. The impact of social support networks on adult health. *Med Care.* 1984;22:349–59.
3. Westaway MS, Seager JR, Rheeder P, van Zyl DG. The effects of social support on health, well-being and management of diabetes mellitus: A black South African perspective. *Ethn Health.* 2005;10:73–89.
4. Olsen O. Impact of social network on cardiovascular mortality in middle aged Danish men. *J Epidemiol Com Health.* 1993;47:176–80.
5. Bowling A. Social support and social networks: Their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and review of the evidence. *Fam Pract.* 1991;8:68–83.
6. Rodríguez Castedo A, Jiménez Lara A. La atención a la dependencia y el empleo. Potencial de creación de empleo y otros efectos económicos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Documento de trabajo 159/2010. Madrid: Fundación Alternativas; 2010.
7. IMSERSO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. El Libro Blanco. 2004. <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
8. Calvente MM, Gonzalo E. Cuidado informal y atención formal a las personas mayores. Capítulo 15.. En: De la Revilla, editor. *Abordaje biopsicosocial de la enfermedad crónica en las personas mayores.* Granada: FUNDESFAM-semFYC; 2013.
9. IMSERSO. Observatorio de personas mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. N.o. 35. 2008. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec35.pdf>
10. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl.1.
11. OIT. Trabajo decente y cuidado compartido: hacia una propuesta de parentalidad. Santiago de Chile, s.n., 2013. 135 p. ISBN: 9789223275037. <http://www.oitcinterfor.org/publicaci%C3%B3n/trabajo-decente-cuidado-compartido-hacia-propuesta-parentalidad>

Gema Coira Fernández^a y Emilia Bailon Muñoz^b

^a GdT de la mujer de semFYC, Medica de Familia, Gijón, España

^b GdT de la mujer semFYC, Medica de Familia, Granada, España