

CUIDADOS DE SALUD, GÉNERO Y DESIGUALDAD

Las mujeres y el cuidado de la salud

Estamos asistiendo durante las últimas décadas a una reorientación de los sistemas sanitarios hacia la atención a la salud en el propio entorno de los individuos, con énfasis en la desinstitucionalización de los pacientes. La atención de los enfermos crónicos, de los ancianos, de los pacientes en situación terminal, de las personas con discapacidades o de los que padecen trastornos mentales, ejemplifican la asunción generalizada de que es mejor para las personas dependientes permanecer en sus propios hogares y mantenerse en la comunidad.

Sin embargo, de hecho, los servicios sanitarios y sociales, como sistemas formales, participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas dependientes que viven en la comunidad, y constituyen sólo la punta de un iceberg en el que lo informal se configura como un verdadero *sistema invisible de atención a la salud*¹. Los estudios realizados en nuestro país confirman que la familia es el principal prestador de atención a la salud en nuestro medio y constituye la única fuente de provisión de cuidados para una gran mayoría de las personas que los necesitan. En un estudio poblacional realizado en hogares de Andalucía, el 66% de las personas que necesitan atención son cuidadas de forma predominante por su familia (más los hombres que las mujeres), el 32% se autocuidan (más las mujeres que los hombres) y sólo un 2% son cuidadas por profesionales de los servicios sanitarios y/o sociales².

Pero, ¿quiénes son estos cuidadores informales, prestadores de la mayor parte de servicios de atención a la salud en la comunidad? Frecuentemente, es una sola persona la que se hace cargo de la responsabilidad de atender la salud de las personas dependientes, y se define como

cuidador principal. Y este papel es asumido, en su mayor parte, por las mujeres. La función de cuidar, de atender la salud de las personas de la familia que lo necesitan, está asociada claramente a un *rol de género*, en el contexto del desempeño del trabajo reproductivo, asignado culturalmente a las mujeres en nuestra sociedad. La atención informal a la salud se escribe, hoy por hoy, en femenino.

Hay ciertos rasgos que caracterizan el cuidado informal y que afectan muy directamente a su reconocimiento social. Se trata de trabajo *no remunerado*, lo que equivale a decir que no tiene un precio en el mercado, y esto se confunde en demasiadas ocasiones con una ausencia de valor. El cuidado se presta en virtud de las relaciones afectivas y de parentesco que unen al beneficiario y sus cuidadores, y pertenece al terreno de lo *privado*; se trata de «asuntos de familia», en los que el resto de la sociedad no va a interferir. Se desarrolla en el *ámbito doméstico*, y, como tal, queda oculto a la arena pública. Por último, forma parte de una función adscrita a las mujeres como parte del *rol de género*; el cuidado de la salud de las personas que lo necesitan es «cosa de mujeres».

Género y desigualdad en salud: el coste de cuidar recae sobre las mujeres

El desarrollo del llamado *enfoque de género en salud* es un fenómeno reciente. No es hasta mediados del siglo xx cuando diversas autoras feministas, como Simone de Beauvoir o Margaret Mead, hablan de la construcción social y cultural de las diferencias sexuales. En los años 70 se separan los conceptos de sexo y género, en un intento de diferenciar entre lo que es biología y lo que es cultura, de modo que el término sexo puede ser utilizado para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres, mientras que con el concepto de género nos referimos



tanto a las ideas y representaciones, como a las prácticas sociales de hombres y mujeres que implican una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales³.

Pero el concepto de género es relacional: lo que define al enfoque de género es el análisis de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que este análisis revela desigualdades sociales. La salud de los hombres y las mujeres es diferente y también desigual^{4,5}. Diferente porque existen factores de tipo biológico que se manifiestan de manera distinta en la salud, y desigual porque hay factores sociales, en parte explicados por el género, que establecen diferencias injustas en la salud de hombres y mujeres⁶. Entre las principales hipótesis que pueden explicar las desigualdades en salud según género, cabe destacar que las desigualdades más importantes parecen deberse a los riesgos diferenciales adquiridos derivados de los roles, los estilos de vida y las prácticas preventivas diferentes entre hombres y mujeres⁷.

El hecho de que el cuidado de la salud en la comunidad sea patrimonio casi exclusivo de las mujeres, supone, pues, un elemento de desigualdad de género en salud. Por una parte, por la asunción diferencial de roles de cuidado entre hombres y mujeres, socialmente marcados y frecuentemente impuestos. Por otro, por lo que supone de división sexual del trabajo, productivo y reproductivo, con las implicaciones que esto conlleva en términos de salud. Cuidar la salud de otros supone un coste a diversos niveles que impacta sobre la vida de las cuidadoras. Las repercusiones más frecuentes se sitúan en el área laboral: asumir el papel de cuidadora conlleva muy a menudo la exclusión —temporal o definitiva— del mercado laboral. Cuidar también tiene repercusiones sobre la disponibilidad y uso del tiempo (tiempo para sí mismas y de compatibilización con otras responsabilidades) y en el terreno económico (incremento de gastos y disminución de ingresos). Pero, no hay que olvidar que, de manera muy importante, cuidar la salud de otros tiene repercusiones sobre la propia salud. La asunción del papel de cuidadora supone un impacto sobre la calidad de vida y la propia salud de quien asume este papel, de forma que las cuidadoras se convierten, a su vez, en pacientes de los servicios sanitarios.

El análisis del impacto de cuidar es de suma utilidad para comprender las características del modelo de cuidadora como cliente secundario de los servicios formales propuesto por Twigg, en el que el objetivo de las intervenciones de los profesionales es mejorar la

calidad de vida y el bienestar de la cuidadora principal, tanto como el del beneficiario de los cuidados⁸. El «cuidado de las cuidadoras» se ha de contemplar a diferentes niveles. Desde el nivel de prácticas profesionales, en el que los profesionales sanitarios visualicen las necesidades de las cuidadoras y les ofrezcan recursos y alternativas. Desde el nivel de planificación y gestión de servicios, ofertando servicios accesibles y adecuados de apoyo. Y desde el nivel de políticas de salud, en el que se aborden estrategias para eliminar la situación de desigualdad de género existente entre hombres y mujeres en relación al cuidado de salud de las personas de la comunidad que lo necesitan.

Nos encontramos en una situación de encrucijada en la que habrá que diseñar estrategias de solución innovadoras para asegurar el cuidado de las personas dependientes en el seno de la comunidad, sin menoscabar el derecho a la salud y autonomía de las personas que los cuidan.

María del Mar García Calvente

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

BIBLIOGRAFÍA

1. Durán MA. *De puertas adentro*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer; 1988.
2. García MM, Mateo I, Gutiérrez, P. *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer, Serie Monografías n.º 17; 1999.
3. Esteban ML. El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones en salud. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C y cols. (eds): *Perspectivas de género en salud*. Zaragoza: Minerva ediciones; 2001.
4. Arber, S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 90's. *Soc Sci Med* 1997; 44: 773-87.
5. Annandale E, Hunt K. *Gender inequalities in health*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press; 2000.
6. Rohlf I, Borrell C, Fonseca M do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000; 14 (Suppl. 3): 60-71.
7. Verbrugge LM. Gender and health: un update on hypothesis and evidence. *J Health Soc Behav* 1985; 26: 156-82.
8. Twigg J, Atkin K. *Carers perceived. Policy and practice in informal care*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press; 1996.