

SOBRECARGA Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL CUIDADO INFORMAL

TRABAJO DE FIN DE GRADO

AUTORA: GIULIANA FEDERICA CASCELLA CARBÓ

DIRECTORA: ROSA GARCÍA ORELLÁN

DEPARTAMENTO CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERÍA

CURSO ACADÉMICO 2018/19

CONVOCATORIA ORDINARIA MAYO 2019

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA



RESUMEN / ABSTRACT:

RESUMEN

Este trabajo nace del interés y la necesidad de entender la problemática del cuidado informal desde una perspectiva global hasta la situación local. Además, busca entender las consecuencias del cuidado informal sobre la persona cuidadora desde una perspectiva de género.

A través de una revisión bibliográfica exhaustiva y multidisciplinar, se pone de manifiesto la actual crisis de los cuidados.

Los cambios demográficos y socio-culturales de los últimos años hacen que aumente cada vez más la dependencia. Esto conlleva una mayor necesidad de cuidado. Hemos visto que la mayoría de cuidadores son mujeres y además que las consecuencias del cuidado aumentan las desigualdades de género en nuestra sociedad.

Por esto, se hace necesario que las políticas públicas en el ámbito sanitario den respuestas que promuevan alternativas y nuevas oportunidades para que el cuidado se comparta y no recaiga sólo sobre una persona.

Palabras Clave: Cuidado informal, crisis de los cuidados, sobrecarga del cuidador, género, desigualdades de género.

Número de palabras: 14.825

ABSTRACT

This work comes from the interest and the need to understand the problem of informal care from both, a global and a local perspective. Altogether, it seeks to understand the consequences of informal care on the caregiver from a gender perspective.

Through an exhaustive and multidisciplinary bibliographic review, the current care crisis becomes clear.

The demographic and socio-cultural changes of recent years are causing dependency to increase more and more. This causes a greater need for care. We have seen that the majority of caregivers are women and also that the consequences of care increase gender inequalities in our society.

For this reason, it is necessary that public health policies give answers that promote alternatives and new opportunities, so that care is shared and does not fall only on one person.

Key Words: Informal care, caregiving crisis, caregiver burden, gender, gender inequalities

Word count: 14.825

ÍNDICE

RESUMEN / ABSTRACT:	II
ÍNDICE	I
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	II
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	7
METODOLOGÍA	8
RESULTADOS/DESARROLLO	11
EL CUIDADO INFORMAL	11
CUIDADO INFORMAL A NIVEL GLOBAL	11
EL CUIDADO EN EUROPA	12
EL CUIDADO INFORMAL EN ESPAÑA	16
SITUACIÓN EN NAVARRA	19
SALUD DEL CUIDADOR – SOBRECARGA DEL CUIDADOR	20
GENERO Y CUIDADOS	24
ACTUACIONES EXISTENTES EN NAVARRA / DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN	30
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIÓN	42
PROPUESTA TEÓRICA DEL TRABAJO/PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	43
AGRADECIMIENTOS	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXO I: TABLAS Y FIGURAS	61
ANEXO II: IMÁGENES	71

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS:

Tabla 1 - Diagrama de Flujo Fuentes Bibliográficas	10
Tabla 2 - Recursos institucionales para apoyar el cuidado informal y perspectiva de género	38
Tabla 3 - Resumen Propuesta de Intervención.....	49
Tabla 4 - Cronograma de realización del trabajo.....	61

IMÁGENES:

Imagen 1 - Díptico taller Cuidar y Cuidarse	31
Imagen 2 - Captura de pantalla ATENEA	33
Imagen 3 – CIAP Síndrome de la cuidadora, cuidador	34
Imagen 4 - CIAP Cuidadora, cuidador, factor de riesgo.....	34

FIGURAS:

Figura 1 - Proporción de las personas de más de 60 años en 2015 y proyección para el 2050.....	62
Figura 2 – Aumento de la esperanza de vida y disminución de la tasa de fecundidad a nivel mundial.....	62
Figura 3 - Gasto en cuidados a la dependencia en proporción con el PIB en algunos países de la OECD, 2004.....	63
Figura 4 - Evolución de la población de 60 y más años en España, 1900 - 2066.....	63
Figura 5 - Evolución de la población mayor en España, 1900-2065 en %	63
Figura 6 - Pirámide de la población de España, 2017	64
Figura 7 - Porcentaje de personas mayores de 65 años por comunidades autónomas, 2017	64
Figura 8 - Porcentaje de personas de 65 y más años en Europa, 2016.....	65

Figura 9 - Esperanza de vida a los 65 años por sexo. Unión Europea, 2015	65
Figura 10 - Esperanza de vida saludable en España a los 65 años respecto al total de la esperanza de vida, por sexo, 2004-2014.....	66
Figura 11 - Pirámide de personas cuidadoras principales de la población de 65 y más años con dependencia, 2008	66
Figura 12 - Determinantes de Salud en Navarra. ENS 2011/2012.....	67
Figura 13 - Patrones de cuidado informal (en volumen). Quién cuida a quién, 2014	67
Figura 14 - Distribución porcentual de cuidadores por sexo de las personas de 65 y más años, 2014	68
Figura 15 - Problemas de salud percibidos por las personas cuidadoras como consecuencia del cuidar	68
Figura 16 - Problemas de salud mental percibidos por las personas cuidadoras como consecuencia del cuidar	68
Figura 17 - Consecuencias de la carga de cuidado entre los cuidadores	69
Figura 18 - Persona que cuida según naturaleza de algunos tipos de tareas	69
Figura 19 - Actividades relevantes para los cuidadores que podrían disminuir el impacto psicológico del cuidado.....	70
Figura 20 - Principales necesidades percibidas por los cuidadores.....	70

INTRODUCCIÓN

“La nociva fragilidad de la posición social se redefine hoy como un asunto privado, un problema que deben resolver y sobrellevar los individuos valiéndose de los recursos que se hallan en su posesión privada.”
(Bauman, 2012, p.76)

Con estas palabras Bauman reflexiona sobre la fragilidad humana, y la necesidad de cuidado es una expresión de esa fragilidad. La cita de Bauman con la que comienza este trabajo, es en si una profunda reflexión sobre lo que supone el cuidado informal.

Uno de los más grandes retos para la sociedad actual es el envejecimiento de la población, que de la mano con el incremento en la esperanza de vida global y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, nos llevan a un aumento considerable de la dependencia (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017).

Paralelamente nos encontramos con lo que Bauman define como *modernidad líquida*; en los últimos 30 o 40 años se han producido cambios importantes en la sociedad en el campo político, cultural y social y esto ha cambiado para todos los individuos la forma de estar en el mundo. Pasamos de una fase ‘sólida’ de la modernidad a una fase ‘líquida’ (Bauman, 2012) en la que la incertidumbre y la vulnerabilidad humana se hacen cada vez más reales y crudas.

En este contexto de una sociedad en movimiento, impredecible, los problemas de salud se suman a una serie de inseguridades en las que viven hoy los seres humanos. La incertidumbre nos lleva a vivir en una situación de inestabilidad e inseguridad (Bauman, 2013), y en donde los cuidados y la familia se presentan como un recurso para mitigar esa incertidumbre.

Los cuidados han ayudado desde siempre a atenuar esa fragilidad intrínseca del ser humano que nace sin ser capaz de sobrevivir sin el cuidado de otros. El cuidado es imprescindible para la vida, tanto en la infancia como en situaciones de enfermedad o de mayor vulnerabilidad como la discapacidad o la vejez (Camps, 2013; Martín Palomo, 2016). El cuidado, tradicionalmente realizado en el seno familiar, recae

sobre la familia y sus miembros de tal manera que depende de ella (Comas D'Argemir, 2015).

En el paso a una sociedad 'líquida' los modelos de familia también ha cambiado, vemos como pasamos de un modelo de familia tradicional y alargada, pilar fundamental del cuidado de sus miembros, a varios modelos de familia: familias monoparentales, familias nucleares, familias LGBTQ, familias globalizadas (Karraker, 2012; Lumbreras Villanueva & García-Orellán, 2017). Estas transformaciones ya no garantizan el cuidado de las personas dependientes dentro del seno familiar, sino que plantean nuevas situaciones en las que es cada vez más difícil el cuidado.

A esto se suman los cambios sociales que lentamente van modificando los roles asignados en la sociedad a hombres y mujeres. El cuidado, culturalmente asignado a las mujeres (Esteban, Comelles, & Diez Mintegui, 2010), sigue siendo proporcionado en mayor medida por mujeres en el mundo. Ellas, además de seguir siendo las principales cuidadoras, se han incorporado al mercado laboral, no solo por *motu proprio* sino también por obligación, pues se les exige una participación activa a la economía familiar y además una contribución tributaria al estado para poder tener derecho a una jubilación digna en el futuro, ya que el trabajo asalariado "es considerado como un valor en sí [...] eje de integración, o como vehículo de protección social, de seguridad y proyección en el futuro" (Martín Palomo, 2016; p. 49).

Todos estos cambios sociodemográficos y culturales (el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida, el aumento de enfermedades crónicas, los cambios en el constructo social de la mujeres, su creciente presencia en el mercado laboral, los cambios en los modelos de familia) hacen necesario afrontar problemas importantes respecto al cuidado de las personas mayores y/o dependientes, retos para la sociedad en general que derivan de la denominada "crisis de los cuidados" (Peterson, 2015; WHO, 2007). Estos retos han encontrado en parte respuestas en la legislación; algunos ejemplos son, en España, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, llamada también Ley de Dependencia (España, Gobierno, 2007), y a nivel regional, el Plan de Salud Navarra para el 2014-2020 y la Ley Foral 17/2019, de

4 de abril, de igualdad entre Mujeres y Hombres (Navarra, Parlamento, 2019). Sin embargo, estas iniciativas son insuficientes y aún no se han trasladado del todo a la realidad, en parte porque después de la crisis del 2008 se han efectuado políticas de recortes que han limitado la puesta en práctica de las iniciativas existentes (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017).

Es en este contexto de crisis de los cuidados, el tema del cuidado informal se hace cada vez más relevante e importante (WHO, 2015). La vejez, la enfermedad, la discapacidad, la dependencia están en aumento a nivel global, y entre el 80% y el 90% de los cuidados que estas personas necesitan se desarrolla hoy en día en el ámbito del hogar y son las cuidadoras informales las que los realizan (Eurocarers, 2017; WHO, 2007).

El sistema sanitario depende de esos cuidados informales (Comas D'Argemir, 2015); es imposible que los sistemas sanitarios europeos, y con más razón los del resto del mundo, puedan proveer esos cuidados que hoy en día se realizan en el ámbito familiar. El modelo de cuidados informales se ve afectado negativamente, poniéndose así en riesgo la capacidad de las familias y las cuidadoras de seguir realizando el cuidado. La solidaridad familiar que hasta ahora se había dado por supuesta corre el riesgo de romperse (Abellán García & Esparza Catalán, 2009).

Uno de los motivos de esta posible ruptura es que, debido a los cambios sociales en la familia y en la vida laboral de la mujer (Karraker, 2012), el cuidado informal es realizado en la mayoría de los casos en solitario por una sola persona. Esto hace que el peso del cuidado sea tan elevado, que la persona cuidadora pueda llegar a sufrir consecuencias psico-físicas importantes por no recibir suficiente apoyo en su labor de cuidar, lo que afecta negativamente a su salud y su calidad de vida (Artola Garrido & Muñoz Maya, 2018; González-de Paz et al., 2016).

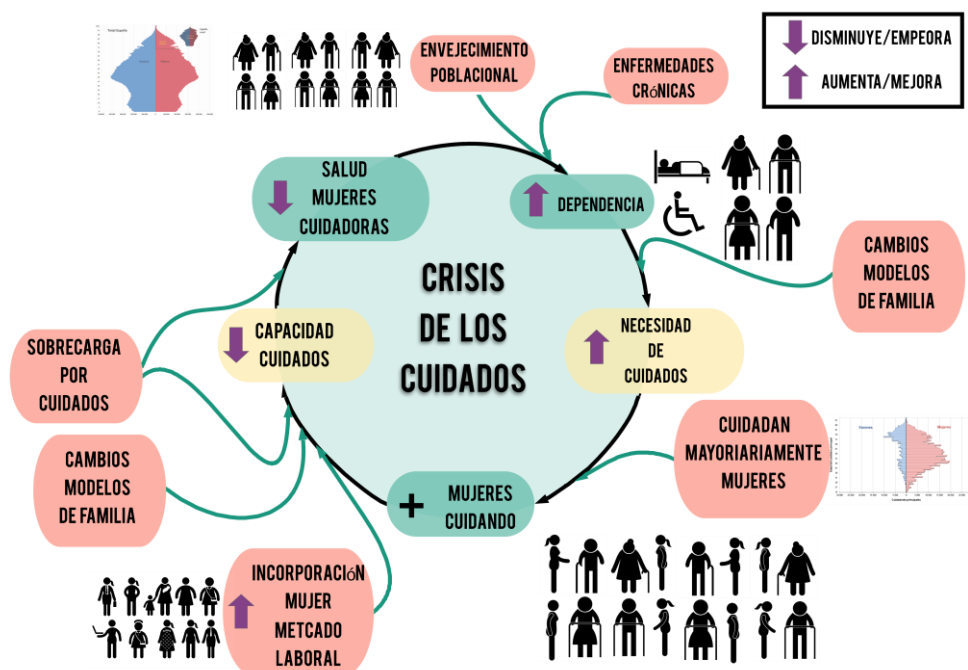
En este modelo del cuidado a la vejez y discapacidad, las mujeres son las que se ven mayormente afectadas, pues a nivel mundial son alrededor del 80% de las personas que proporcionan cuidados informales (Caregiver Action Network & Care Australia, 2017). Cifras similares se reflejan en Europa y en particular en España (Eurocarers, 2017; Swinkels, Tilburg, Verbakel, & Broese van Groenou, 2019; Verbakel, 2018;

WHO, 2007). Esta es solo una más de las persistentes desigualdades de género que sufren las mujeres en los varios ámbitos de su vida familiar y laboral.

Es por esto que es fundamental tratar el tema de los cuidados informales con una perspectiva de género, ya que para dar soluciones eficaces y sostenibles es fundamental que se tenga en cuenta que las mujeres son el grupo con mayor exposición al cuidado y por ende a las consecuencias derivadas de éste (Esteban, 2006; M. García Calvente, del Río Lozano, & Marcos Marcos, 2011). Como afirma la OMS, un mayor equilibrio entre hombres y mujeres en las responsabilidades de cuidados se hace cada día más necesario e importante (WHO, 2007).

En definitiva es un círculo vicioso: la población envejece; aumenta la dependencia; aumenta la necesidad de cuidados; los cuidados son realizados en su mayoría por mujeres; estas pierden en: salud, vida profesional, relaciones; aumentan los problemas de salud de la población. Entonces ¿quién va a cuidar de las personas que necesitan cuidados?, ¿sus hijas quizás?, ¿o conseguiremos que sean los hombres y mujeres del mañana los que compartan los cuidados, tanto de la infancia como de las otras etapas vulnerables de la vida?

Figura 1 – Pictograma de la Crisis de los cuidados



Fuente: elaboración propia

Ante este panorama se hacen necesario cuidar a las cuidadoras informales a través de la siguiente propuesta:

1. Diseñar intervenciones comunitarias que ayuden a mitigar las consecuencias del cuidado informal sobre las cuidadoras, que incluyan la perspectiva de género para realmente incidir en las necesidades de quien cuida, y que estas intervenciones puedan mitigar las desigualdades de género que los cuidados informales traen consigo (M. García Calvente et al., 2011).

Justificación

Para la enfermería comunitaria es cada vez más importante adaptarse a las transformaciones sociales, para poder abordar las necesidades de las personas y afrontar las problemáticas globales que se reflejan en la vida cotidiana de las personas. Como hemos mencionado antes, la crisis de los cuidados es un problema de Salud Pública, un reto importante para la enfermería del siglo XXI (Del Pino Casado, Frías Osuna, Palomino Moral, & Millán Cobo, 2010; M. García Calvente et al., 2011).

Las intervenciones en este ámbito se hacen aún más necesarias si consideramos, como subraya la OMS en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento (2015), que el reto de la transición demográfica no está suficientemente considerado en las políticas de salud y que “la atención y el apoyo a los cuidadores [...] no es un objetivo prioritario de la acción gubernamental sobre el envejecimiento” (p. 18) en ningún país del mundo. De esta forma la enfermería también se enfrenta al reto de la “*vida líquida*” (Bauman, 2005) y es en el entorno más próximo donde ésta puede incidir con cambios importantes en lo hábitos de vida de los individuos.

La atención y el apoyo a las personas cuidadoras informales debe transformarse en objetivo prioritario tanto de la acción gubernamental como de la profesión Enfermera, es por esto que he elegido este tema, por su relevancia, su importancia y su necesidad de intervenciones urgentes y bien estudiadas para afrontarlo (del-Pino-Casado *et al.*, 2010; García Calvente *et al.*, 2011). La enfermería comunitaria se ve en la posición de aprovechar este reto como una oportunidad para fortalecerse

como profesión, mejorando sus competencias para centrarse en las necesidades de pacientes, familia y comunidad y aumentando su apoyo a otros agentes de cuidado (Cantillo Monjo, Lleopart Coll, & Ezquerria Samper, 2018), como son las cuidadoras informales.

Este trabajo se propone exponer la situación actual del cuidado informal tanto a nivel global como a nivel local para así proponer cambios en las intervenciones que pretenden abordar esta situación.

Se intentará dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Que es el cuidado informal?; ¿quienes son las personas que lo realizan?; ¿que impacto tiene el cuidar sobre la persona cuidadora?; ¿cual es la situación en Navarra?; ¿que se ha hecho o propuesto localmente para abordar la situación?; ¿cuál es el rol de la Enfermería en esto?; ¿por qué es necesario incluir una perspectiva de género en los estudios y las intervenciones sobre el cuidado informal?.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Conocer el estado de la cuestión del cuidado informal desde una perspectiva de género y plantear un plan de mejora.

Objetivos secundarios:

1. Identificar los problemas principales derivados del cuidado informal a nivel social, económico y de salud.
2. Incluir una perspectiva de género en el análisis de la situación para poder elaborar planes de intervención comunitaria que contribuyan a disminuir las desigualdades de género en salud.
3. Establecer líneas de mejora en planes de intervención comunitaria en enfermería, ya existentes para mejorar la calidad de vida de las cuidadoras informales.

METODOLOGÍA

Para conseguir los objetivos se realiza una revisión bibliográfica sistemática sobre el tema de cuidados informales partiendo de lo global a lo local. Para esta búsqueda se utilizan varias bases de datos científicas: Web of Science, PubMed, Cuiden y Dialnet. En estas bases de datos se realizaron varias búsquedas con las siguientes palabras clave: “cuidado informal”, “cuidadores informales”, “dependencia”, “mujeres”, “genero”, “sobrecarga del cuidador” “síndrome del cuidador” y en inglés: “informal care”, “caregiving burden”, “dependency”, “family caregiver”.

Se seleccionaron los artículos teniendo en cuenta la fecha de publicación, en los artículos científicos los últimos 10 años, aunque incluyendo algunos que a pesar de la fecha, siguen siendo importantes y actuales. En cuanto al idioma, se consultaron artículos y libros en Castellano, Inglés e Italiano. La perspectiva multidisciplinar nos llevó a incluir fuentes provenientes de diversas disciplinas: ciencias de la salud, en particular la gerontología y la enfermería; sociología; antropología; estudios de género; geografía cultural; *cultural studies*. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: se descartaron estudios relacionados con los cuidados informales en patologías específicas; se excluyeron artículos específicos de países fuera de los objetivos del trabajo; sólo artículos disponibles en texto completo.

Se revisaron estudios sobretodo cuantitativos para determinar las características principales de las personas que se dedican al cuidado informal. Por otro lado, para entender los aspectos sociales y culturales sobre el cuidado informal, se incluyen estudios cualitativos que permitan también analizar las cuestiones de género para estudiar cómo el cuidado informal repercute sobre hombres y mujeres.

Paralelamente se realizó una búsqueda de datos epidemiológicos y estadísticos sobre la población española y navarra en las páginas de INE, IMSERSO, y en la página del Gobierno de Navarra. También se utilizaron informes regionales sobre temas de salud.

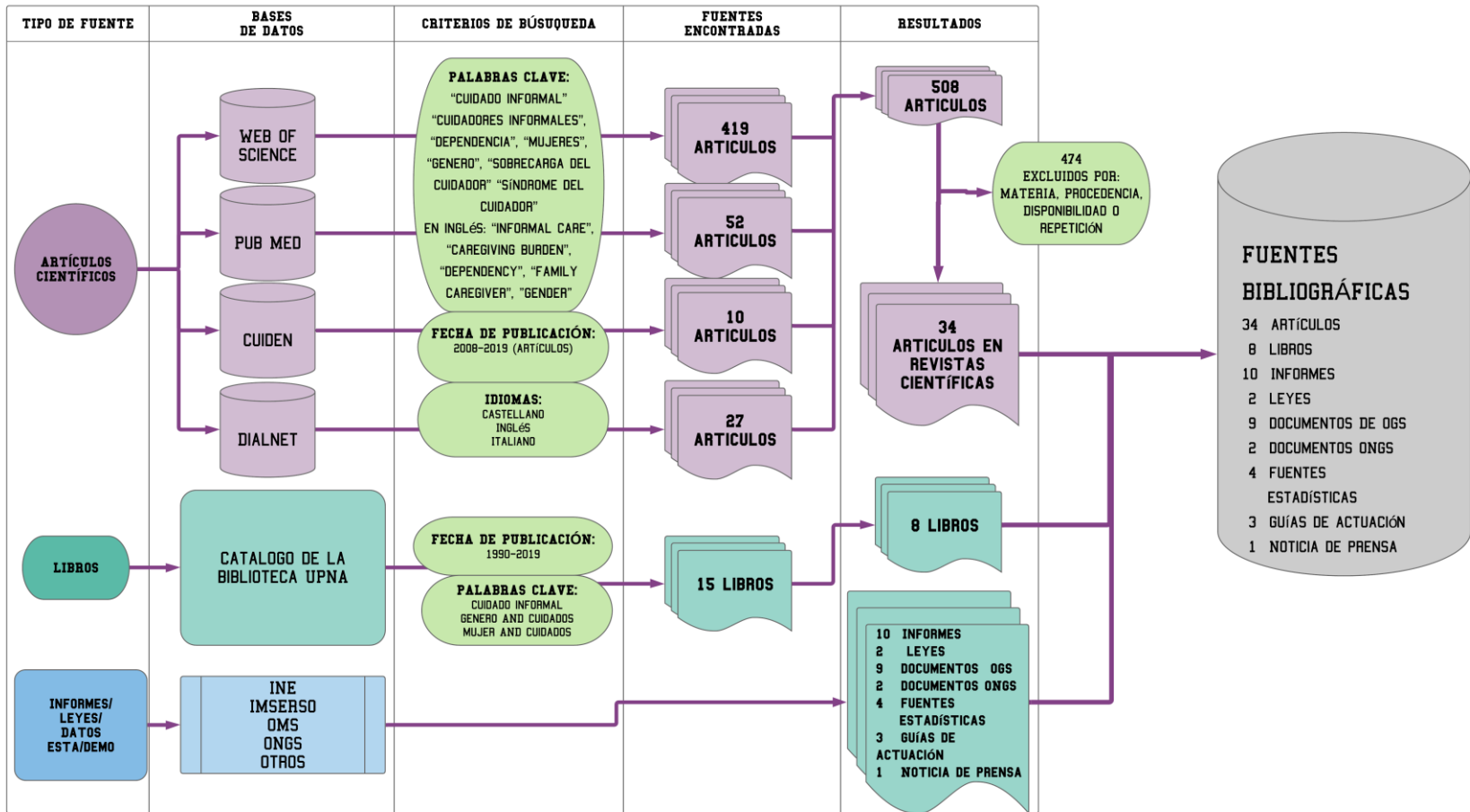
Para la parte sobre el estado global de la situación, además de los artículos encontrados en la búsqueda mencionada, se buscaron reportes relevantes para el tema en las páginas de la Organización Mundial de la Salud y en varias páginas de internet especializadas en el tema que abarcan otros actores sociales, tanto gubernamentales como no gubernamentales (la plataforma colaborativa <http://envejecimientoenred.es/>; la página de la ONG internacional Caregiver Action <https://caregiveraction.org/>; entre otras).

Esta búsqueda se resume en la Tabla 1 - Diagrama de Flujo Fuentes Bibliográficas, en la página siguiente.

Para ver el cronograma de elaboración del trabajo ver Tabla 4 - Cronograma de realización del trabajo, en Anexo I.

Tabla 1 - Diagrama de Flujo Fuentes Bibliográficas

DIAGRAMA DE FLUJO BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA



Fuente: elaboración propia

EL CUIDADO INFORMAL

El cuidado informal es un cuidado no remunerado de personas con diferentes grados de dependencia, por parte normalmente de miembros de la familia de la persona, aunque en ocasiones personas sin vínculo familiar ni obligación, que recibe los cuidados (Cantillo Monjo et al., 2018; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017; Lumbreras Villanueva & García-Orellán, 2017; WHO, 2015).

Estos cuidados suelen ser llevados a cabo en el hogar de la persona cuidada y recaen sobre la familia, donde son las mujeres las que asumen la mayor parte de este cuidado, que supone entre un 80 y un 90% del tiempo total de cuidado recibido por las personas mayores (Cantillo Monjo et al., 2018; Eurocarers, 2017).

Tras una revisión de la situación tanto global como local del cuidado informal, pasaremos a ver cual es el impacto que este cuidado tiene sobre la salud de la persona cuidadora para luego analizar el problema desde una perspectiva de género. Veremos así de que manera esta problemática afecta mayoritariamente a las mujeres que a los hombres (Eurocarers, 2017; Valderrama, Larrañaga, Martín, & Arregi, 2010).

Tras entender el estado de la cuestión, revisaremos las actuaciones que se han hecho al respecto a nivel local, en Navarra, para proponer puntos de mejora de las mismas.

CUIDADO INFORMAL A NIVEL GLOBAL

Como subraya la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2015), la población mundial tiende a envejecer. El fenómeno de envejecimiento de la población ya no es solo un fenómeno de los países *de* “ingresos altos” o “desarrollados”, sino que también en los países de “ingresos bajos y medianos” (terminología utilizada por la OMS en los informes citados (WHO, 2017a)), lo que significa que la población mundial mayor de 60 años está en aumento (ver Figura 2 en Anexo I). Éste fenómeno global se debe en parte a la reducción tanto de la mortalidad y como de

la morbilidad, a un aumento de la esperanza de vida en todos los países, y a una disminución generalizada en la tasa de fecundidad (Figura 3 en Anexo I).

No siempre este aumento de la esperanza de vida va de la mano de un aumento de la calidad de vida (Abellán García *et al.*, 2018; Bonita, 1998), el aumento de enfermedades crónicas y comorbilidades, que empeoran la calidad de vida de toda la población, es una tendencia a nivel global (WHO, 2015). Entre las enfermedades que empeoran la calidad de vida en la vejez y aumentan la dependencia y la discapacidad se incluyen enfermedades cardíacas, ictus, demencia, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y osteoartritis, todas estas en aumento (WHO, 2017b). Se estima que en el mundo existen 349 millones de personas *dependientes-de-cuidados* (se define así a las persona con necesidad de recibir ayuda y cuidados humanos de manera más frecuente que lo que necesita habitualmente un adulto con buena salud) de los cuales el 5% son niños menores de 15 años y el 29% son personas mayores de 60 años (WHO, 2017b). La creciente demanda de cuidados que presenta como un reto para todos los sistemas de salud (WHO, 2015).

EL CUIDADO EN EUROPA

A nivel Europeo la situación del cuidado toma sus propias características teniendo como región tanto ventajas como desventajas con respecto a otras regiones del mundo (Tarricone & Tsouros, 2018). Entre las ventajas se encuentran el ser una región donde la mayoría de países son clasificados como de “ingresos altos y medio-altos” (según la clasificación de la OMS (WHO, 2015, 2017a)), lo que supone mejor cobertura de los sistemas sanitarios, más servicios públicos destinados a la dependencia y en general un mayor desarrollo del Estado de Bienestar (Comas D’Argemir, 2015) . Entre las desventajas se encuentran las tendencias demográficas y los cambios socioculturales en las estructuras familiares (Bleijlevens *et al.*, 2015; Verbakel, 2018).

Europa cuenta al día de hoy con la población más envejecida del mundo, y se estima que en el 2050 más del 30% de la población europea tenga más de 60 años (ver Figura 2 en Anexo I). Los cambios sociodemográficos y urbanísticos han cambiado la estructura de las familias europeas, donde en zonas rurales se siguen

manteniendo estructuras familiares amplias en las que varias generaciones conviven, y en las ciudades, donde vive hoy en día la mayor parte de la población europea, la situación ha cambiado enormemente. Los núcleos familiares son cada vez más pequeños, las familias se disgregan y los espacios son limitados para la convivencia de varias generaciones; a la vez contemplamos una verticalización de las familias, donde más generaciones se encuentran viviendo a la vez por más tiempo, lo que aumenta las relaciones verticales (hijos-padres-abuelos) (Abellán García & Esparza Catalán, 2009). Todo esto induce a pensar que las generaciones futuras necesitarán aún más cuidados y sus familiares serán cada vez menos capaces de ofrecerlos (Tarricone & Tsouros, 2018). Aunque no todo es negativo, la verticalización de la familia también trae consigo nuevas oportunidades de intercambio y solidaridad intergeneracional (Abellán García & Esparza Catalán, 2009).

En esta región, los cambios sociales y demográficos de los que hablamos anteriormente se acentúan aún más: la participación de las mujeres en el mercado laboral ha aumentado considerablemente (García Pérez, 2004; Verbakel, 2018) (Verbakel, 2018) y en países donde con fuertes políticas para incentivar la participación de las mujeres en el mercado laboral las implicaciones sobre la disponibilidad y provisión de cuidados informales son enormes (Tarricone & Tsouros, 2018), pues las mujeres entre 45 y 60 años son las principales cuidadoras informales en todos los países europeos (Eurocarers, 2017).

Los cambios sociodemográficos hacen cada vez más difícil que las personas mayores y dependientes puedan quedarse en sus casas por la falta de apoyo familiar, aunque está demostrado que el domicilio y la comunidad son los lugares ideales para el cuidado de las personas dependientes por lo que se debe preferir y favorecer el cuidado en el domicilio, sobre el cuidado institucionalizado por varias razones (WHO, 2017a)

Promover la permanencia de las personas mayores en el domicilio familiar debe ser prioridad de las políticas públicas dirigidas a la dependencia por varios motivos: primero, muchos estudios sugieren que los cuidados en el domicilio y en la comunidad tienen muchos beneficios para la salud y aumentan la calidad de vida en

la vejez (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017), tanto que es recomendado siempre que sea posible y desde la OMS se invita a los gobiernos a aumentar y favorecer los cuidados en el domicilio de las personas mayores (WHO, 2015, 2017b), lo que a su vez se repercute positivamente en los sistemas de salud. Segundo, encuestas y organizaciones de consumidores sugieren que la asistencia a domicilio y la permanencia de las personas mayores en sus hogares y comunidades es lo que prefieren los usuarios (Caregiver Action Network & Care Australia, 2017; Eurocarers, 2017). Y por último, el desarrollo de nuevas tecnologías permite la asistencia en el domicilio y la hacen en muchos casos más económica que la asistencia hospitalaria, un motivo más para promoverla (Tarricone & Tsouros, 2018).

El envejecimiento de la población y la creciente demanda de servicios sanitarios y sociales destinados a las personas dependientes ponen en riesgo la sostenibilidad de los Estados de Bienestar europeos donde el estado es el principal proveedor de tales servicios (Verbakel, 2018). El gasto en salud crece más rápido que el PIB en todos los países de la OECD (Tarricone & Tsouros, 2018). Por esto se hacen necesarias propuestas innovadoras sobre el cuidado, y el cuidado a domicilio es uno de ellos, puesto que tiene beneficios tanto para la salud de los usuarios como por su potencial para reducir el gasto en salud (WHO, 2007, 2015). Todo esto lleva a la creciente necesidad de reconocer, apoyar y fortalecer el cuidado informal, como parte fundamental en el presente y el futuro de las necesidades de cuidado de la población europea (Tarricone & Tsouros, 2018).

Es evidente que para poder mejorar los cuidados de las personas dependientes es imprescindible fomentar el cuidado a domicilio desde las instituciones, la coordinación de diferentes entidades públicas y privadas para poder mejorar los servicios y poder afrontar los retos que se presentan (WHO, 2017b). Sin embargo algunos estudios sugieren que la tendencia de las políticas en salud en Europa van en contra de las necesidades, pues parece ser que las políticas europeas en salud tienden a depender más en el cuidado informal, reduciendo en vez de aumentar, los servicios de cuidados a largo plazo para la población mayor (Verbakel, 2018).

A lo largo de la historia, el cuidado informal ha representado en Europa la mayor parte de los cuidados prestados a la dependencia en el domicilio y la comunidad (Tarricone & Tsouros, 2018). Solo a partir de mediados del siglo XX surge la implicación del cuidado formal, tanto estatal como privado, en los cuidados extra-hospitalarios.

Hoy en día la proporción de cuidados informales y formales varía de país a país (Verbakel, 2018). La proporción de cuidadores informales en los diferentes estados europeos varía entre el 20% y el 44%, y las personas que ejercen de cuidadores informales de manera intensa (*intensive caregivers*) definidos como las personas que realizan cuidados informales más de 11 horas por semana, varía entre el 4% y el 11% de la población según el país (Tarricone & Tsouros, 2018). Las tendencias de cuidados se ven influenciadas no solo por las políticas sociales y el grado de responsabilidad del estado ante los cuidados a largo plazo de la dependencia, sino también por las estructuras familiares, los niveles de ayuda intergeneracional, las normas culturales sobre el cuidado (*Ibid.*).

En línea general, en los países del norte de Europa los cuidados domiciliarios formales se han desarrollado mucho en los últimos años por varios motivos. Los cambios socio-culturales han sido más rápidos, los niveles de ingresos mayores y la capacidad económica, tanto de los sistemas sanitarios como de las personas privadamente, es mayor (Verbakel, 2018). Todo esto permite una mayor proporción de cuidado formal remunerado y formado. Es por esto que en algunos de estos países el cuidado formal ha abarcado gran parte del cuidado en el domicilio y la comunidad, aunque el cuidado informal de familiares y amigos sigue abarcando la mayoría de los cuidados psicológicos y emocionales de las personas dependientes (Tarricone & Tsouros, 2018). Al contrario de lo que se pudiera pensar, la proporción de cuidadores informales sobre la población general, en estos países es mayor que en países del sur y del este de Europa (Verbakel, 2018).

La situación es distinta en el sur de, donde los cuidados informales abarcan la mayor proporción de los cuidados, tanto físicos como psico-afectivos (Tarricone & Tsouros, 2018). En estos países, aunque la proporción de cuidadores informales es menor que en el norte de Europa, la proporción de *intensive caregivers* es mayor en

estos últimos. Una posible explicación es que en los países donde el estado deja recaer la responsabilidad del cuidado sobre las familias, son menos las personas que se ocupan de estos cuidados, aunque con una intensidad mayor, mientras que en los países donde el estado asegura una mayor parte de esos cuidados, son más las personas que ejercen de cuidadoras aunque compartiendo la carga con otras personas, dedicando así menos tiempo al cuidado (Verbakel, 2018). Esto es importante a la hora de hablar de la “sobrecarga del cuidador”. Podemos decir que en general en Europa, pero sobre todo en los países del sur de Europa, la mayor parte del cuidado a la dependencia se realiza dentro del núcleo familiar, siendo especialmente la mujer la que más contribuye al cuidado, favoreciendo así el mantenimiento del bienestar social (García Pérez, 2004).

EL CUIDADO INFORMAL EN ESPAÑA

En España, la esperanza de vida a los 65 años se encuentra entre las más altas de Europa (Figura 10 en Anexo I) y del mundo (Abellán García et al., 2018), tanto para mujeres como para hombres: 85,7 años y 80,4 años respectivamente (INE, 2017).

Además de la esperanza de vida, es importante considerar la calidad de vida de esos años vividos, cuyo indicador es la “esperanza de vida saludable” y se mide en el porcentaje de tiempo que se vive en buena salud a partir de los 65 años y incluye dimensiones de morbilidad crónica y de salud auto-percibida (Abellán García et al., 2018).

Aunque la esperanza de vida de los mayores de 65 años en España es mayor para las mujeres que para los hombres (23,5 para las mujeres y 19,3 para los hombres), la esperanza de vida saludable es menor para ellas (9,5 años) que para ellos (10,1 años), en parte debido a un aumento de la morbilidad y una mayor supervivencia de las mujeres (Abellán García et al., 2018). Además la esperanza de vida saludable no está en aumento, como muestra la Figura 11 (en Anexo I), por lo que es de esperarse que el aumento de la población mayor de 65 años se acompañe de un aumento de la dependencia y por ende de las necesidades de cuidados de la población (*Ibid.*)

El envejecimiento de la población es significativo en España; aunque este proceso empezó más tarde que en otros países europeos, ha sido más rápido (Teófilo Rodríguez, González Cabezas, Díaz Veiga, & Rodríguez Rodríguez, 2011): desde 1900 al 2015 la población mayor de 65 años de ha multiplicado por 9 y en solo 34 años, de 1981 al 2015 de ha duplicado, llegando hoy en día a más de 8 millones de personas (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017). Esta cifra corresponde a aproximadamente el 18% de la población total, situando a España cerca de la media europea (Figura 9). Se estima que la población de mayores de 65 años siga aumentando hasta el 2050, donde llegará a ser aproximadamente el 35% de la población total (Figura 5 y Figura 6 en Anexo I).

El envejecimiento del envejecimiento se mide con la proporción de mayores de 80 años sobre la población de 65 y más años. Esta cifra también está aumentando: en España actualmente está en torno al 6% y se estima que llegará en el 2065 a ser el 18% (Figura 6 en Anexo I). Como ya hemos subrayado, el envejecimiento de la población va de la mano del aumento de la dependencia y el envejecimiento del envejecimiento implica un aumento aún mayor, ya que es en la franja de mayores de 80 años en la que existe una mayor pérdida de la capacidad funcional y mayor morbilidad (WHO, 2007). Estos datos, unidos a los cambios socioculturales en la estructura de la familia tradicional, los cambios en el papel social del las personas cuidadora, los cambios en los sistemas sanitarios, etc., han generado una particular atención a estos temas por parte de las políticas sociales y de salud (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017).

En cuanto a la discapacidad, en España el 8,5 de la población sufre algún tipo de discapacidad, en 20% de los hogares españoles vive alguna persona con discapacidad y una de cada 6 personas con discapacidad vive sola (*Ibid.*).

Según la encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal, y Situaciones de Dependencia, 2008, hoy en día alrededor de 2 millones de personas con discapacidad de 6 y más años reciben cuidados personales (INE, 2009) lo que nos hace pensar que un numero similar sea el número de cuidadores informales en toda España. Es una cifra importante que está destinada a crecer.

Observando la pirámide de las personas cuidadoras informales se ven claramente las características de las personas cuidadoras: la mayoría son mujeres y de estas la mayor proporción se encuentra en la franja de edad entre 45 y 64 años (Figura 12 en Anexo I); éstas contribuyen a más de la mitad de todo el volumen de cuidados (Abellán García et al., 2018). Otro dato a considerar sobre el cuidado a las personas mayores es que cuando se trata de hombres mayores, la persona cuidadora suele ser en mayor proporción su cónyuge, seguida de la hija, mientras que si se trata de una mujer, se trata de la hija, seguida por otras familiares (Figura 14 y Figura 15 en Anexo I).

Entre los países de la OECD España es de los que menos gasta en servicios a domicilio y apoyo a los cuidadores informales (ver Figura 4 en Anexo I). Sin embargo el problema de los cuidados informales parece estar sobre la mesa en las políticas sanitarias españolas. Algunos ejemplos son la LAPAD o *ley de dependencia* del 2006 (España, Gobierno, 2007) y la *Estrategia de abordaje a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud* del CISNS, del 2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Esta última estrategia se presenta como una forma de afrontar los cambios demográficos y el cambio de patrón de prevalencia de las enfermedades, en particular, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles cuya prevalencia aumenta con la edad. Por esto incluye dentro de sus objetivos:

... disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y las limitaciones en la actividad de carácter crónico, reducir la mortalidad prematura de las personas que ya presentan alguna de estas condiciones, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso; en definitiva, mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores.

(Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017, p. 284).

Aunque las políticas sociales han mejorado todavía hay mucho que cambiar. Antes de la ley de Dependencia (España, Gobierno, 2007) los recursos sociales de ayuda a la dependencia se limitaban exclusivamente a los hogares unipersonales donde la persona dependiente no tenía ningún tipo de apoyo. Después de la ley la situación ha cambiado un poco y hoy en día el 50% de los recursos se utilizan en estos hogares, pero solo el 19% de las personas dependientes viven en solitario. Además son los que menor grado de discapacidad tienen ya que la mayoría de los dependientes más graves viven con sus hijas, la mayoría, e hijos (Abellán García &

Esparza Catalán, 2009). Esto hace que falte apoyo en los hogares que más se necesita ayuda y que la carga para las personas cuidadoras sea mayor. En España, como en otros países, los servicios sociales se apoyan excesivamente en la solidaridad familiar, trasladando la responsabilidad de los cuidados a individuos que muchas veces no tienen la capacidad para afrontarlos (Tarricone & Tsouros, 2018).

SITUACIÓN EN NAVARRA

Navarra cuenta hoy con una población de 647.554 habitantes (INE, 2018), de los cuales, más del 19% es mayor de 65 años (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017) (ver Figura 8).

En cuanto a la discapacidad, 30 mil personas sufren de alguna discapacidad y de estas 13.851 personas fueron reconocidas como dependientes. Es importante resaltar que solo el 19% de las personas con discapacidad se encuentra en la franja de edad de los mayores de 65 (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2012), lo que nos indica que el problema de los cuidados informales no se ve influenciado solamente por las tendencias de envejecimiento sino que otro factor importante es la discapacidad.

A nivel regional, la *sobrecarga de personas cuidadoras* ha sido incluida por el Departamento de Salud, en la lista de “principales problemas emergentes”, en Navarra, junto con la obesidad, el aumento de diabetes e HTA, el abuso de sustancias y otros problemas emergentes en la población adulta. (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2012). Entre los principales determinantes de salud en Navarra se encuentra el “Cuidado en solitario de alguna persona con limitación”, que supone un 49,4% en las mujeres y un 16,6% de los hombres. En total el 34,6% de la población navarra ejerce de cuidador en solitario de personas dependientes (Figura 13 en Anexo I).

En cuanto se refiere a los servicios sociales para personas mayores, existen varios recursos entre ellos: los servicios de atención domiciliaria, entre los cuales destaca el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD); los servicios de atención diurna, como los Hogares y Centros de día; y por último los servicios de atención residencial, como los centros residenciales y las viviendas para mayores (Teófilo Rodríguez et al.,

2011). Dentro de estos los más importantes para el caso que nos concierne son el SAD y los servicios de atención diurna, aunque también se pueden incluir los servicios de respiro, dentro de la atención residencial, que se refieren a los servicios residenciales destinados a ofrecer apoyo temporal a los cuidadores habituales y a las familias de personas que normalmente residen en su hogar (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017).

En Navarra todos estos servicios se han desarrollado en mayor o menor medida aunque cabe destacar que en cuanto se refiere a los centros de día, recurso fundamental que ayuda a sobrellevar la carga del cuidado de las personas mayores, Navarra es una de las 4 comunidades en las que las plazas en los centros de día son en su mayoría de financiación privada, lo que va en contra de la tendencia estatal de ofrecer más plazas de financiación pública (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017) y limita el acceso a este recurso.

Según el Diagnóstico de Salud del 2012, las desigualdades en salud en Navarra se deben principalmente por la inequidad de género y en el nivel socioeconómico. En cuanto al género:

... Muchas mujeres, a pesar de los grandes avances experimentados, tienen peores trabajos y salarios más bajos, menos posibilidades de tomar decisiones, más desventajas sociales, padecen el estrés físico y mental de la doble jornada y el ocasionado por el trabajo emocional como cuidadoras de toda la familia y, además, estas responsabilidades hacen que practiquen menos ejercicio físico, duerman menos horas y disfruten de menor tiempo de ocio. (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2012, p.114)

SALUD DEL CUIDADOR – SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Los cambios demográficos y socioculturales nombrados anteriormente hacen que los cuidados tomen un papel cada vez más importante en nuestra sociedad. Los cuidados informales son la mayoría de los cuidados a la dependencia, tanto en Navarra, como en España y en el mundo (Artaza Artabe, Ramos Cordero, Gonzalez Núñez, y Martínez Hernández, 2016; INE, 2009; Red2Red Consultores, 2008). Estos cuidados varían en su intensidad, tiempo, y persona cuidadora de varias maneras. Por ejemplo, en algunos países del norte de Europa los cuidados a las personas

dependientes se reparten entre más personas, mientras que en otros países, entre ellos España, los cuidados a la dependencia son realizados en su mayor parte por una sola persona cuidadora (Verbakel, 2018).

Las personas que tienen a familiares a su cargo sufren una carga física, psíquica y emocional, ya que no solo se ocupan de su medicación, higiene y alimentación sino que también de sus cuidados emocionales y en muchas ocasiones hasta deben tomar decisiones importantes por ellas (Artaza Artabe et al., 2016). Cuidar a personas dependientes supone una dedicación importante de energía y tiempo para la persona que se hace cargo de estos cuidados. El 95% de las cuidadoras de personas de 65 y más años refiere dedicarse a los cuidados de 6 a 7 días a la semana y el 38,9% refiere dedicar al menos 16 horas al día al cuidado. (Cantillo Monjo et al., 2018). Además, teniendo en cuenta que el grado de discapacidad suele aumentar a medida que el tiempo pasa, la cuidadora necesita cada vez más horas para el cuidado lo que conlleva a una pérdida de independencia gradual en la que la cuidadora se va descuidando a sí misma en todas las esferas, “en definitiva paralizan o aplazan durante algunos años su *proyecto vital*” (Artaza Artabe et al., 2016). El impacto negativo sobre la salud del cuidador, así como sobre sus relaciones familiares, profesionales y sociales, y en general sobre su calidad de vida, es enorme.

Esta situación afecta negativamente las relaciones sociales y familiares. Las ventajas que podría tener la *verticalización* de la familia de la que hablamos antes (en el apartado: El Cuidado en Europa), y la riqueza de la solidaridad familiar podrían perderse si no se intenta evitar la sobrecarga que comporta la tarea de cuidar (Abellán García & Esparza Catalán, 2009)

En cuanto a la salud, el impacto de la sobrecarga de cuidados sobre la propia salud física y mental es enorme. El 32,7% de las personas cuidadoras refiere cansancio, 27,5% refiere que su salud se ha deteriorado y el 18,1% de estas se siente deprimidas (Abellán García & Esparza Catalán, 2009).

Entre las dolencias físicas más comunes encontramos cansancio, dolores osteomusculares, estrés, insomnio y dolor de cabeza (ver Figura 16 en Anexo I). Aunque se necesitan más estudios sobre el impacto sobre la salud y el aumento de factores

de riesgo en los cuidadores informales respecto a la población en general, varios estudios indican que el cuidado informal tiene consecuencias negativas en la salud de las personas cuidadoras, y que factores como el género, la falta de apoyo familiar en el cuidado, y el tiempo que se ocupa en las tareas domésticas además del cuidado, influyen fuertemente en el impacto negativo que esta tarea pueda tener en la salud de las personas (González-de Paz et al., 2016).

Los cuidados a personas dependientes no solo afectan la salud física sino también la esfera psicoafectiva del cuidador. Los datos varían según los informes, por ejemplo, algunos estudios reportan que alrededor del 50% de las personas cuidadoras refieren que el cuidar les ha producido alteraciones en su estado de ánimo llegando incluso a alterar su carácter, 77% de las cuales consideran estos cambios “alteraciones considerables” (Aratza Artabe et al. 2016).

Entre los síntomas referidos como alteraciones psicoafectivas encontramos frustración e impotencia 73 %, ansiedad 61,5 %, depresión o tristeza 57,5 %, soledad 35 %, sentimiento de culpa 30,5 % e irritabilidad o enfado 60 % (Figura 17 en Anexo I).

En muchas ocasiones la tarea de cuidar a un familiar al principio resulta muy satisfactoria por que algunas veces llegan a rechazar ayudas que se les ofrecen, pero a medida que va pasando el tiempo, la carga empieza a ser cada vez mayor, la enfermedad se alarga, y se agrava por lo que cada vez necesitan más ayuda y no la encuentran. El ver como la persona cuidada se deteriora cada vez más lleva a las cuidadoras a sentirse incluso culpables de la situación (Artaza Artabe et al., 2016) lo que agrava las consecuencias psicológicas del cuidado.

Otro ámbito en el que la persona cuidadora se ve gravemente afectada es el ámbito de la vida familiar, el cuidado de sí mismo y el tiempo de ocio. Muchas de las personas cuidadoras llegan a tener que dedicar más tiempo al cuidado de la persona dependiente que al cuidado de sus propios hijos (Abellán García & Esparza Catalán, 2009). De hecho según una encuesta del IMSERSO sobre el cuidado informal el 61% de las personas cuidadoras refiere haber tenido que reducir su tiempo de ocio, el 27% no tienen tiempo para cuidar de sí mismo y el 17% no dispone de tiempo para cuidar de otras personas (Figura 18 en Anexo I).

Además de las consecuencias sobre la salud, sobre el tiempo y las relaciones familiares, muchas personas cuidadoras se ven afectadas por las consecuencias económicas del cuidar. Esto muchas veces no se tiene en cuenta en los estudios sobre la carga del cuidador, pero es de fundamental importancia, ya que estas consecuencias acentúan las desigualdades en salud, tanto las socioeconómicas como las desigualdades de género (Cook, Snellings, & Cohen, 2018). Entre las consecuencias económicas se encuentran el no poder trabajar fuera de casa, haber tenido que dejar el trabajo, tener que reducirse la jornada laboral, tener problemas en el trabajo por las dificultades en cumplir los horarios o no poder acudir al trabajo en situaciones de emergencia (Abellán García & Esparza Catalán, 2009).

Se estima que las personas que se dedican al cuidado tienen menos oportunidades de encontrar trabajo, más riesgo de dejar sus estudios, más posibilidades de tener que reducir su jornada laboral o tener que pedir excedencias no retribuidas para cuidar, más probabilidades de dejar de trabajar y es más común que se jubilen antes de tiempo, con respecto a personas que no son cuidadoras informales (Jacobs, Van Houtven, Tanielian, & Ramchand, 2019).

Es de esta sobrecarga que deriva el síndrome o sobrecarga del cuidador, definido por Aratza Artabe como:

... respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que tiene que realizar y por tanto de culpabilidad. (Artaza Artabe et al., 2016, p.5).

GENERO Y CUIDADOS

“Cuidar es en el momento actual un verbo muy importante, y las sociedades contemporáneas [...] lo asignan como condición natural al género femenino; de esta forma son las mujeres quienes cuidan vitalmente a los otros: hijos, familia, enfermos, abuelos, nietos.”
(García Pérez, 2004, p.119)

¿Porque una perspectiva de género? Como señala Rohfls Barbosa (2010), es de suma importancia abordar las desigualdades de género en salud por varios motivos. Primero, porque las desigualdades de género, junto con las socioeconómicas, son las mayores causas de desigualdades en salud y en la disponibilidad y utilización de los recursos sanitarios. Segundo, porque existen evidencias de que incluir una perspectiva de género en las políticas, los planes y programas de salud, puede reducir las desigualdades en salud y mejorar la efectividad y eficiencia de los servicios sanitarios (en Esteban, Comelles, & Mintegui, 2010)

Como hemos mencionado anteriormente son las mujeres las que en mayor proporción cubren las necesidades de cuidados a la dependencia, tanto en Navarra como en España y el resto del mundo (Rodríguez-Madrid et al., 2019; Swinkels et al., 2019; Zueras, Spijker, & Blanes, 2018).

A pesar de los cambios socioculturales de los últimos 30 años que han significado para la mujer una mayor participación en el mercado laboral, un ligero aumento de la participación de los hombres en la tareas domésticas y en el cuidado de los hijos (M. García Calvente et al., 2011), sigue habiendo grandes desigualdades de género tanto en el ámbito del trabajo reproductivo, que se refiere al cuidado, del hogar, de los hijos y de las personas dependientes, como en el ámbito del trabajo productivo (Valderrama et al., 2010). De aquí la importancia de calcular el valor económico del cuidado informal para incluirlo en las evaluaciones económicas de las intervenciones en salud y calcular coste-beneficio de políticas socio sanitarias (Gheorghe, et al., 2019).

El hecho de que el cuidado haya sido, y siga siendo considerado como un asunto del ámbito femenino, refuerza los estereotipos de género sobre los roles asignados a hombres y mujeres en la sociedad (Lumbreras Villanueva & García-Orellán, 2017).

Pero, ¿es el cuidado intrínsecamente femenino?, ¿porqué cuidan las mujeres?, ¿es cultural?

Cuidar “es una actividad predominantemente de mujeres y su estudio parece exigir un análisis enraizado en el orden de género” (Thomas 2011: 148, citada por Martín Palomo, p. 34). ¿Pero es el cuidado algo femenino por naturaleza? En nuestras sociedades occidentales, impregnadas de valores cristianos, las mujeres se han dedicado tradicionalmente a las labores del ámbito familiar y reproductivo mientras que los hombres han tenido una mayor participación en el ámbito productivo. La responsabilidad del cuidado en general, a la dependencia, a la infancia, a la vejez, el cuidado del hogar, etc., se ha relegado al espacio privado o doméstico, que en nuestra sociedad se asigna socialmente a las mujeres (Benitez, 2014; García Pérez, 2004). Cómo recuerda Rodríguez del Pino:

... La organización social de los trabajos de cuidados y el lugar que ocupan en la sociedad actual son producto de un largo proceso histórico que comenzó a gestarse durante la transición al capitalismo liberal. (Carrasco, et al., 2011, p15 citado en: Rodríguez del Pino et al., 2018).

En los últimos años se ha introducido una perspectiva de género en el estudio del cuidado. Incluyendo esta perspectiva el cuidado deja de ser atribuido de forma “esencialista o naturalista al universo de lo femenino” (Benitez, 2014, p. 45), pasando a considerarse las “condiciones sociales e históricas de tal naturalización” (*ibid*). En este contexto es de fundamental importancia el trabajo de Carol Gilligan, en su *ética del cuidado*, ya que insiste en que el hecho de que el cuidado sea “femenino” parte de una construcción social y un aprendizaje a lo largo de nuestras vidas, desde la niñez, de una ética específica (citada por Martín Palomo, 2016, p.103).

Además de la construcción social e histórica, también existe un componente emocional del cuidado. El hecho de que la tarea de cuidar resulte en muchas ocasiones satisfactoria se relaciona con este aspecto. Si este elemento emocional sea el que hace que las mujeres sean las que más se ocupan del cuidado no está claro y es objeto de debate en los ámbitos de la ética y la filosofía moral (Martín Palomo, 2016).

Lo que si está claro es en la práctica, en Navarra, “Tres de cada cuatro personas cuidadoras son mujeres, siendo el perfil más frecuente el de mujer entre 45 y 64 años.” (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2014, p.53).

Como hemos visto antes, el cuidado de personas dependientes tiene consecuencias negativas tanto en la salud como en la economía y las relaciones de la persona. Sabiendo que la mayoría de las personas cuidadores son mujeres, podemos afirmar que son ellas las que sufren en mayor proporción de las consecuencias de la carga de los cuidados informales (M. García Calvente et al., 2011), de las que hablamos en la sección anterior “La sobrecarga del Cuidador” .

Además las mujeres sufren esta carga de manera distinta que los hombre, ya que en su caso, las consecuencias de tener a una persona a su cargo se suman a desigualdades ya existentes entre los dos sexos (del-Pino-Casado *et al.*, 2010). Se ha estudiado que comparando a mujeres y hombres cuidadores, son ellas las que sufren las peores consecuencias de la carga de cuidados(Mosquera Metcalfe & Larrañaga Padilla, 2019), tanto en lo que se refiere a la salud, como si hablamos de los aspectos económicos y de las consecuencias en la esfera personal, incluidos el autocuidado y las relaciones familiares, aspectos que desarrollo a continuación.

Si hablamos de salud, en Navarra, como en el resto de España y del mundo, la de las mujeres difiere de la de los hombres. Sabemos que en cuanto a la mortalidad, la esperanza de vida es mayor en las mujeres que en los hombres, pero las Encuestas de Salud identifican en las mujeres más problemas crónicos y una peor salud percibida. (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2012).

Comparando a cuidadores de ambos sexos, se ha visto que las mujeres se ven afectadas más por la carga de cuidados que los hombres. En varias encuestas las mujeres declaran más cansancio, dolencias físicas y depresión. Muchas refieren tener que tomar medicamentos para llevar la situación de sobrecarga (Abellán García & Esparza Catalán, 2009). Esto se debe en parte a que es frecuente que las tareas realizadas por las mujeres cuidadoras sean a veces distintas que las que realizan los hombres (Calvente *et al.*, 2007): viendo la Figura 19 (en Anexo I) podemos observar que los hijos que cuidan se dedican más a tareas como *hacer gestiones*, mientras que las hijas que cuidan se ocupan más de las tareas de higiene

y ayuda en actividades de la vida diaria. Asimismo, el compromiso y la implicación emocional suele ser mayor en las mujeres cuidadoras (Abellán García y Esparza Catalán, 2009), lo que conlleva a mayores problemas de salud en la esfera psicoafectiva. La discriminación en el reparto de las tareas hace que las tareas de cuidados se sumen a las tareas del hogar, lo que hace que la carga sea mayor.

En cuanto se refiere a la vida profesional y laboral, aquí también el cuidado se suma a las desigualdades de género ya existentes: diferencias salariales y de oportunidades (M. García Calvente et al., 2011). Aunque la tasa de empleo entre las mujeres ha aumentado progresivamente en los últimos años, es más frecuente que sea la mujer la que se ve obligada a reducir su jornada o a abandonar su trabajo para dedicarse a los cuidados (Abellán García & Esparza Catalán, 2009), como sucede con los cuidados de la infancia. En el 2011, del total de excedencias por cuidado familiar informal de la infancia y familiares dependientes, el 93% fueron solicitados por mujeres y el resto, menos del 10%, por hombres (López Álvarez, 2013). La mujer se ve perjudicada así en su carrera profesional, en su nivel de ingresos y también en sus derechos contributivos para poder tener en el futuro una pensión digna (Abellán García & Esparza Catalán, 2009; Lumbreras Villanueva & García-Orellán, 2017; Red2Red Consultores & Instituto de la Mujer (España), 2008).

En la esfera de la vida personal, también hay desigualdad de género en como afecta el cuidado a mujeres y hombres, aunque es menor que en los aspectos de la salud y en el económico. En general, las mujeres practican menos ejercicio físico, duermen menos horas y disfrutan de menos tiempo de ocio que los hombres, en parte por las responsabilidades de cuidados que suelen tener respecto a la familia (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2014). Si a estas diferencias sumamos el cuidado de un familiar dependiente, aumenta la posibilidad de que las mujeres dediquen aún menos tiempo a sus autocuidados.

Asimismo, existen diferencias importantes entre las redes de apoyo de las mujeres y los hombres cuidadores. Algunos estudios sobre las redes de apoyo familiar, revelan que las redes de apoyo de los hombres cuidadores son más extensas por lo que reciben más colaboración, lo que se refleja en su salud percibida; por el

contrario, las mujeres tienen redes de apoyo más limitadas, lo que se refleja en las consecuencias negativas del cuidado (Rodríguez-Madrid et al., 2019).

Con respecto a la conciliación del trabajo retribuido con el trabajo reproductivo de cuidados es importante resaltar que el incremento de la participación de las mujeres en el mercado laboral no se ha acompañado de una repartición equitativa de los trabajos reproductivos dedicados al cuidado de las personas y de las tareas domésticas, por lo que cada vez son más las mujeres que se ven afectadas por la “doble jornada” consecuencia de la “doble presencia”, en la que la mujer se encuentra cubriendo las responsabilidades de su vida laboral y a la vez realizando las tareas que antes realizaba en casa (Benitez, 2014). Si a los cuidados de su propio hogar sumamos el cuidado de algún familiar la carga se convierte en insostenible y pasa a ser no doble sino “triple jornada”.

La falta de valorización social del cuidado, que en Navarra, como en el resto del mundo, sigue recayendo sobre las mujeres, sumándose a las demás desigualdades de género, es un factor importante a considerar, pues dificulta el abordaje tanto a nivel de atención socio-sanitaria como a nivel de políticas públicas para mejorar la situación (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2014; Navarra, Parlamento, 2019).

Algunos estudios han identificado sesgos de género en la atención sanitaria que habitualmente perjudican a las mujeres en ámbitos como el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, y en la investigación (Swinkels et al., 2019). También se ha observado que en Atención Primaria a las mujeres se les pregunta menos sobre su estilo de vida que a los hombres, lo que limita beneficiarse igualitariamente del alcance de la prevención y promoción de la salud que se realiza diariamente en los centros de salud. Estos sesgos “son debidos a estereotipos de género que permanecen vigentes en la sociedad y también entre los profesionales sanitarios” (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2012, p. 115). Incluso se ha estudiado que las percepciones de los profesionales de la salud hacia el cuidado tienen un impacto grande en como se cuida de la persona cuidadora y en ocasiones:

... se identifican algunas percepciones y actitudes de profesionales ante el cuidado informal poco sensibles o potencialmente negativas para la equidad de género, como son la actitud conservadora que otorga a la

familia la principal responsabilidad de cuidar y algunos estereotipos sexistas que atribuyen a las mujeres más capacidades para hacerlo. (García-Calvente et al., 2010, p. 293).

Navarra cuenta con legislación para mitigar las desigualdades de género. Un ejemplo es la *Ley Foral 17/2019, de 4 de abril, de igualdad entre Mujeres y Hombres* en la que en su artículo 47, *Rol de persona cuidadora* (Navarra, Parlamento, 2019).

Esta reciente ley aprobada en Navarra es un ejemplo de que hoy en día se tiene cada vez más conciencia de que las desigualdades de género deben abordarse de manera transversal en todos los ámbitos de la vida y la salud es uno de ellos, uno de máxima importancia.

Desafortunadamente, aunque incluir perspectiva de género en todas partes está de moda, en la práctica, abordar las desigualdades de género en salud en planes, programas y actuaciones no es tan común (Cantillo Monjo *et al.*, 2018; Comas D'Argemir, 2015; Valderrama *et al.*, 2010). Es evidente que se necesita más investigación sobre el tema. En el siguiente apartado veremos cuales son las principales actuaciones en Navarra para abordar el problema de los cuidados informales y si estas incluyen, en algún punto, una perspectiva de género.

Varios estudios subrayan que es necesario desarrollar intervenciones y estrategias que no refuercen los roles de género en el cuidado informal, sino que más bien fomenten una mejor y mayor repartición de las tareas de cuidados entre más personas, hombres y mujeres (Rodríguez-Madrid et al., 2019). Así pues, para abordar la crisis de los cuidados es necesaria una colectivización del cuidado a través de la colaboración entre las instituciones del estado, el mercado y su necesaria regulación, la sociedad civil y las familias; colaboración que ha de construirse con relaciones complementarias y beneficiosas para todas las partes (Rosas, 2014).

Por último, cabe mencionar que el rol de los hombres en el cuidado también está cambiando. Como hemos mencionado antes, los cambios socio demográficos afectan también las estructuras familiares, las tendencias de cuidados y la repartición entre hombres y mujeres. En Latinoamérica y en otras regiones donde las tendencias migratorias han cambiado las estructuras familiares y los roles tradicionales de las mujeres en los cuidados, las mujeres son las que han tenido que

migrar en busca de trabajo remunerado, por lo que los hombres se han tenido que ocupar de los cuidados de niños y familiares dependientes (WHO, 2017c). Varios estudios muestran cómo esto ha afectado a los hombres, que cuando las mujeres de la familia no están presentes o disponibles, asumen el rol de cuidadores informales, rompiendo los estereotipos de género y cambiando también la percepción de sí mismos (Abellan et al., 2017; Nance, Rivero May, Flores Padilla, Moreno Nava, & Deyta Pantoja, 2018; Swinkels et al., 2019). De esta nueva tendencia emergen nuevas *masculinidades* (Rodríguez del Pino et al., 2018) lo que nos recuerda que los roles familiares y las identidades de género no son inmutables ni universales sino cambian y se adaptan a nuevas necesidades (WHO, 2017c).

ACTUACIONES EXISTENTES EN NAVARRA / DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

La mayoría de programas destinados al cuidado informal incluyen formación a la persona cuidadora en conocimientos y desarrollo de habilidades para mejorar la calidad de los cuidados, así como una parte de autocuidado (Crespo López & López Martínez, 2007; García Antón & Campos Dompedro, 2013; García Cueto & García Martínez, 2017). Existen estudios que relacionan la mejor capacidad y formación de la persona cuidadora con niveles más bajos de sobrecarga (Eterovic Díaz, Mendoza Parra, & Sáez Carrillo, 2015). Un ejemplo muy completo de este tipo de intervenciones es la Guía de Atención a las Personas Cuidadoras Familiares en el Ámbito Sanitario (Generalitat Valenciana, 2014).

En Navarra, sabemos que el tema del cuidado informal está presente en la atención sanitaria desde hace al menos 30 años. En la publicación “Educar en Salud III: Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria 1987-1997” (Gobierno de Navarra, 1998) se incluye un programa de educación para la salud destinado a personas cuidadoras “Educación con grupos de personas cuidadoras”. En este programa de Educación para la Salud se incluyen apartados de cuidados a la persona dependiente (higiene, movilizaciones, conocimientos sobre la enfermedad) así como de autocuidados (cuidarse a sí mismo, comunicación, tiempo para sí)

(Ibid.). Desde 1998 hasta ahora el modelo de los planes de intervención comunitaria hacia la persona cuidadora no ha cambiado mucho, de hecho el taller actualmente en curso “Cuidar y cuidarse” desarrollado por e impartido en el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2019) incluye los mismos apartados:

Imagen 1 - Díptico taller Cuidar y Cuidarse

Programa

1.ª SESIÓN
Cuidar a otra persona

2.ª SESIÓN
Las demencias.
El deterioro cognitivo

3.ª SESIÓN
La demencia.
Síntomas conductuales

4.ª SESIÓN
Cuidar y cuidarse

DIRIGIDO A:
Quienes están cuidando a personas con Alzheimer u otras demencias.

OBJETIVO:
Que quienes participan desarrollen más capacidades para cuidar y cuidarse.

FORMA DE TRABAJO:
Nos juntaremos para hablar de nuestras experiencias, aumentar informaciones, discusiones, análisis de casos, ejercicios, etc.
Algunos aspectos se trabajaran en grupos pequeños y otros toda la clase.
Se trata de intentar organizarnos para asistir a todas las sesiones porque unas son complementarias de otras.

Cuidar y cuidarse

Fuente: Folleto del Taller “Cuidar y Cuidarse” (Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2019)

En esta misma dirección se han desarrollado algunos cursos en Centros de Salud, dirigidos a cuidadores informales, como el curso “El Trabajo de Cuidar” realizado por el Ayuntamiento de Barañáin en colaboración con el Centro de Salud (Vivir en Barañáin, 2014) y otros desarrollados en algunos Centros de Salud (entrevista personal con Enfermera y Trabajadora Social del C.S. de la Txantrea), (ver Imagen 5 en Anexo II). Ninguno de estos talleres está expresamente diseñados para mujeres o parece incluir una perspectiva de género en su planteamiento y todos se enfocan en mejorar las capacidades y conocimientos de los cuidadores sobre la enfermedad y como realizar las tareas de cuidados y aunque incluyen una parte sobre autocuidados, se centran en técnicas de relajación (Entrevista personal con Trabajadora Social del C.S. Txantrea).

En esta misma línea se coloca el folleto informativo “Cuidar y Cuidarse” (Pérez Jarauta, Echauri Ozcoidi, & Marí Palacios, 2016), que incluye también apartados sobre como cuidar mejor, afrontar la situación y autocuidados. Este, aunque no sea dirigido exclusivamente a mujeres, si plantea preguntas sobre el rol de la mujer en los cuidados y reflexiones sobre las desigualdades de género en los cuidados, por lo que se puede decir que incluye una perspectiva de género (ver Imagen 6 en Anexo II).

Además de estos programa de intervención comunitaria dirigida a grupos de personas cuidadoras, hasta el año 2012 se habían implementado varios programas que incluían el problema de los cuidados programa no difiere mu informales. Un ejemplo es el programa “Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea” para la ejecución del cual, en el año 2008, se pusieron a disposición de los profesionales de atención primaria protocolos para el “Abordaje de la demencia” y “Seguimiento de la fragilidad” entre los que se incluyen escalas de valoración para la sobrecarga de la persona cuidadora (valorada con la escala de Zarit), así como la atención a la persona cuidadora (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2012).

Como esta, otras actuaciones en los ámbitos de la Salud Mental, Discapacidad o las Demencias, incluyen el apoyo a la persona cuidadora o a la familia (Servicio Navarro se Salud, Osasunbidea, 2017), pero no está presente como problema en si mismo y no existe una estrategia específica para abordar el problema.

En último Plan de Salud Navarra 2014-2020 (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2014) se encuentra la figura de la persona cuidadora en varios apartados. Dentro de los “objetivos específicos” del plan se encuentran:

... 3.17. Valorar la sobrecarga al menos al 80% de las personas cuidadoras de pacientes en fase terminal, pacientes con demencia, y pacientes con trastorno mental grave o discapacidad intelectual.

3.18. Capacitar al menos al 25% de las personas cuidadoras de pacientes en fase terminal, pacientes con demencia, y pacientes con trastorno mental grave o discapacidad intelectual. (Ibid., p.106)

También, la “Estrategia de atención a la discapacidad y promoción de la autonomía” contiene el “Programa de captación y apoyo a la persona cuidadora” en el que se incluyen:

... C.3.1. Puesta en marcha de la Escuela de Pacientes y Personas cuidadoras.

C.3.2. Programa de apoyo a la cuidadora principal desde los Centros de Salud y los Servicios Sociales de Base.

C.3.3. Promocionar la participación de las personas cuidadoras en grupos de autoayuda.

C.3.4. Analizar la repercusión del cuidado en las personas desde la perspectiva de género y promover en colaboración con el INAFI la participación de los hombres en el cuidado.

C.3.5. Disposición de plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora.

(Ibid., p.120)

El plan también incluye la importancia de la colaboración entre los profesionales de la salud y los profesionales de trabajo social y otras disciplinas que ofrecen los servicios sociales (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2014).

A pesar de que la figura del cuidador informal esté presente en muchas estrategias y planes desarrolladas en los últimos años, esto no se ha llevado a la práctica.

En el ámbito de la Atención Primaria las intervenciones para la sobrecarga del cuidador son escasas. Como mencionamos antes, las profesionales tienen a su disposición algunas herramientas en el sistema informático ATENEA:

Algunos ejemplos son el Protocolo de “Fragilidad Seguimiento” dentro de la estrategia de abordaje de la fragilidad en el anciano. En este protocolo se valora si existe relación de cuidados y en tal caso, se valora el riesgo de sobrecarga, para lo que se puede cumplimentar la escala de sobrecarga del cuidador ZARIT.

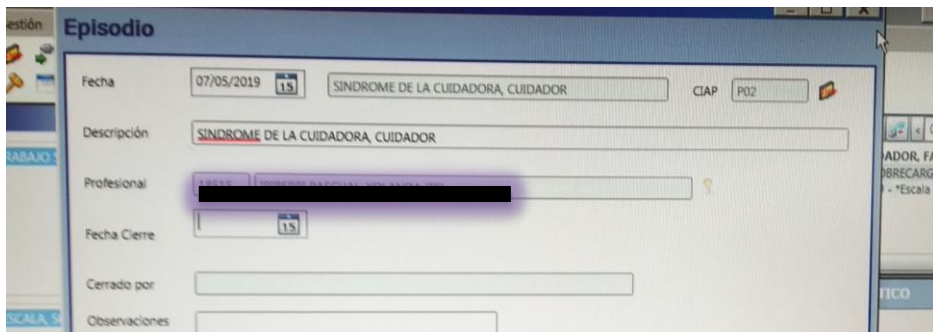
Imagen 2 - Captura de pantalla ATENEA

The screenshot shows the 'FRAGILIDAD SEGUIMIENTO V2' form in the ATENEA system. It includes tabs for 'Sit. sociofuncional', 'Sit. clínica', 'S. Ger. Caldas / Malnut', 'S. Ger. Domicilio', 'Del cognitivo / Alt. cond', and 'Recursos sociales'. The form contains several sections with radio buttons and checkboxes. A red arrow points to the 'Existe relación de cuidado' field, which is set to 'Si'. Below it, the 'Riesgo de cansancio rol de cuidadora' field is also set to 'Si' and circled in red. To the right, the 'ZARIT' scale is shown with a value of '0' and is also circled in red. The bottom of the form displays 'RIESGO DE CANSANCIO ROL DE CUIDADORA' and 'ESCALA ZARIT'.

Fuente: Captura de pantalla del programa ATENEA, C.S. Txantrea, abril 2019

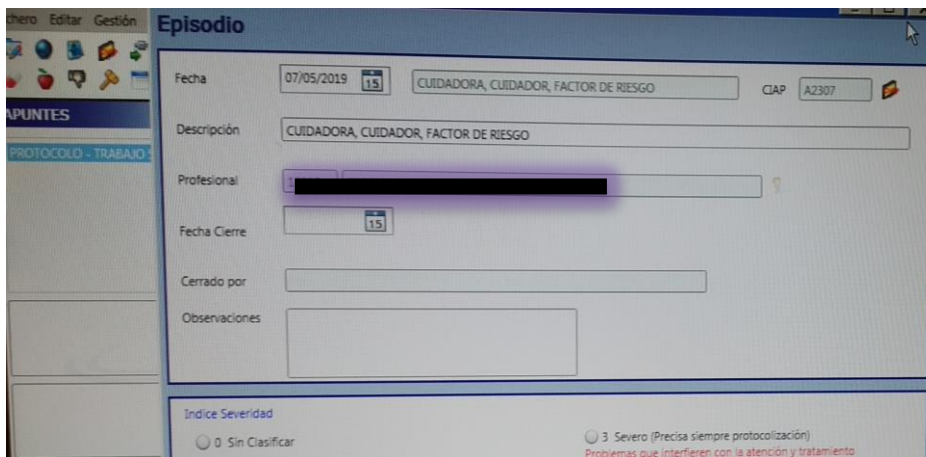
Además dentro de la Cartera de Servicios existen también los CIAP “Síndrome de cuidadora, cuidador” (P02) y el “Cuidadora, cuidador, factor de riesgo” (A2307) dentro de los cuales también se puede realizar la escala ZARIT y valorar la situación de la persona cuidadora para que ésta pueda ser atendida o derivada a otros profesionales, estos CIAP están a disposición tanto de Enfermería, como de Medicina y Trabajo Social.

Imagen 3 – CIAP Síndrome de la cuidadora, cuidador

The image shows a screenshot of a software interface titled "Episodio". The form contains the following fields: "Fecha" (Date) set to 07/05/2019; "CIAP" (ICD code) set to P02; "Descripción" (Description) set to SINDROME DE LA CUIDADORA, CUIDADOR; "Profesional" (Professional) field which is redacted with a black bar; "Fecha Cierre" (Closing Date) set to 15; "Cerrado por" (Closed by) field; and "Observaciones" (Observations) field. The interface also shows a sidebar with various icons and a top menu with "Episodio" selected.

Fuente: Captura de pantalla del programa ATENEA, C.S. Txantrea, abril 2019

Imagen 4 - CIAP Cuidadora, cuidador, factor de riesgo

The image shows a screenshot of the same software interface titled "Episodio". The form contains the following fields: "Fecha" (Date) set to 07/05/2019; "CIAP" (ICD code) set to A2307; "Descripción" (Description) set to CUIDADORA, CUIDADOR, FACTOR DE RIESGO; "Profesional" (Professional) field which is redacted with a black bar; "Fecha Cierre" (Closing Date) set to 15; "Cerrado por" (Closed by) field; and "Observaciones" (Observations) field. At the bottom, there is a section for "Indice Severidad" (Severity Index) with two radio buttons: "0 Sin Clasificar" (Not classified) and "3 Severo (Precisa siempre protocolización) Problemas que interfieren con la atención y tratamiento" (Severe (always requires protocolization) Problems that interfere with attention and treatment). The "3 Severo" option is selected.

Fuente: Captura de pantalla del programa ATENEA, C.S. Txantrea, abril 2019

Si la enferma identifica “sobrecarga del cuidador”, normalmente, y tras realizar la escala de sobrecarga del cuidador ZARIT, se les deriva a la Trabajadora Social para que les oriente sobre los recursos de apoyo que existen (entrevista personal con una enfermera del C.S. de la Txantrea). También se suele incluir a las personas cuidadoras en la lista para llamar cuando se realizan algunos talleres para cuidadores, que se siguen realizando según el esquema del programa de intervención “Educación con grupos de personas cuidadoras” (Gobierno de Navarra, 1998).

Los recursos sociales existentes en Navarra para apoyo a la persona cuidadora, incluidos en la cartera de servicios sociales son los siguientes: la ayuda económica para cuidados en el entorno familiar; el servicio de atención a domicilio o SAD; y por último el Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia R.D. 615/2007 (Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, 2019), que prevé el pago de las cotizaciones a la seguridad social para las personas cuidadoras, por parte del estado, a nivel nacional que se aplica en Navarra también. De este último recurso, cabe mencionar que fue suspendido en el 2012, dentro de las medidas de recortes en el marco de la crisis económica (Comas D'Argemir, 2015) y que se ha reactivado desde este 1 de abril del 2019.

También se podrían incluir otras ayudas a la dependencia, como pueden ser los centros de día o los ingresos de respiro. Estos recursos son limitados, y aunque algunos de ellos son prestaciones garantizadas en Navarra reflejadas en la Cartera de Servicios Sociales (Gobierno de Navarra, 2019), dependen de una previa valoración de dependencia que no siempre refleja la necesidad real de cuidados de la persona. Esta supone un largo procedimiento burocrático que no siempre es fácil de realizar y que en algunos casos llega tras el fallecimiento de la persona. Además estas prestaciones no son compatibles entre ellas, por lo que el acceder a una supone el no poder acceder a las demás (entrevista personal con Trabajadora Social del C.S. Txantrea, 2019).

Aunque se podría decir que algunos de estos servicios fueron creados para mejorar la situación de la persona cuidadora, especialmente de la mujer que no tenía acceso a trabajo remunerado por la labor de cuidar, ninguno de ellos contempla explícitamente las desigualdades de género en los cuidados informales.

En cuanto se refiere a la perspectiva de género en los problemas de salud, se puede observar que ésta ha ido introduciéndose cada vez más en los temas de salud. El acabar con las desigualdades de género en salud es una parte importante del Plan de Salud Navarra 2014-2020. En dicho plan se subrayan las desigualdades de género en salud y se incluye las "Estrategia de Salud y Género" (p.86) la cual se incorpora en el marco de las Estrategia de Salud, a nivel nacional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2014).

En el mismo Plan, que sigue las líneas de la “Estrategia de promoción de salud y autocuidados de la población adulta”, se incluye:

... B.1.10. Considerar la perspectiva de género y el gradiente social en todos los programas de promoción de estilos de vida en adultos. (p.117) ...

B.4.1. Puesta en marcha de la Escuela de pacientes y personas cuidadoras. (p.118)

Por otro lado, la reciente Ley Foral de Igualdad entre Mujeres y Hombres (Navarra, Parlamento, 2019), es un ejemplo de cómo se va incluyendo una perspectiva de género en los temas de salud.

Esta ley subraya que en Navarra se perpetúan aún los roles de género en todos los ámbitos de la vida, sobretodo en lo que respecta la división sexual del trabajo que separa el “el trabajo productivo (asociado a las actividades que producen bienes y servicios con una remuneración) del reproductivo (asociado a las actividades que no generan ningún tipo de ingreso pero que no sólo son necesarias, sino imprescindibles para la vida” (Navarra, Parlamento, 2019, p. 4627). Así pues, se pone de manifiesto que la igualdad de género es “un requisito indispensable para el desarrollo sostenible y el bienestar de la sociedad en todos los ámbitos” (*Ibid.*)

Para esto es necesario, primero, fomentar el empoderamiento de las mujeres para que ocupen el espacio público, aumentando su presencia en el mercado laboral, con las mismas condiciones que los hombres para romper así la brecha salarial, pero también en otros escenarios de desarrollo personal, como el uso del tiempo libre. Segundo, hay que “conseguir aumentar la presencia de los hombres en el espacio privado, fomentando su corresponsabilidad en el ámbito doméstico y de los cuidados familiares” (*Ibid.*)

Esta ley también incluye afirmaciones importantes sobre el rol de cuidadora de la mujer del que hablamos en apartados anteriores:

... En una sociedad donde quienes cuidan (las mujeres), pueden llegar a necesitar de más cuidados (según los indicadores de envejecimiento y salud), es de justicia que una ley para la igualdad trate de romper moldes preconcebidos en la asignación de tareas, espacios y usos del tiempo. (Navarra, Parlamento, 2019, p. 4627)

Esta ley también contempla el ámbito de la salud como un aspecto fundamental para la prevención de la violencia contra las mujeres y fomenta “el conocimiento del impacto que la desigualdad de género tiene en la salud en general”

La ley promueve la integración de la perspectiva de género en todas las políticas públicas. Los artículos en donde esto se puede ver de manera más clara son el Artículo 46, el 47 y el 51, de los cuales es importante subrayar el artículo 47:

... Artículo 47. Rol de persona cuidadora.

1. El Gobierno de Navarra fomentará acciones que sirvan para facilitar y dignificar las condiciones en las que las personas cuidadoras no profesionales ejercen las tareas de cuidado. Igualmente promoverá la consecución de condiciones laborales dignas en el sector de los cuidados profesionales.




2. El Gobierno de Navarra promoverá actuaciones específicas que tengan en cuenta el rol de aquellas cuidadoras que sufren discriminación múltiple, especialmente mujeres migrantes y con discapacidad, favoreciendo que emerjan las relaciones laborales en el sector doméstico y la mejora de sus condiciones mediante la intermediación entre personas empleadoras y empleadas del hogar.

3. El Gobierno de Navarra, a través de los departamentos con competencias en derechos sociales y salud, tendrá en cuenta la perspectiva de género en el diseño de la atención socio sanitaria para no consolidar roles y estereotipos que perpetúen a las mujeres en las tareas de cuidado. (Navarra, Parlamento, 2019, p. 4637)

Se presenta aquí una tabla para resumir los recursos que existen hoy en Navarra, desde los servicios públicos de salud y bienestar social, para apoyar a las personas cuidadoras y si estas iniciativas incluyen o no una perspectiva de género.

Tabla 2 - Recursos institucionales para apoyar el cuidado informal y perspectiva de género

RESUMEN DE INICIATIVAS EN NAVARRA PARA APOYAR A LA PERSONA CUIDADORA INFORMAL

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	INTERVENCIONES ENFERMERAS INDIVIDUALES	LEGISLACIÓN/ PLANES DE SALUD	RECURSOS SOCIALES A DISPOSICIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA EN NAVARRA	
<p>TALLER "CUIDAR Y CUIDARSE" INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA ESCUELA DE PACIENTES 2019</p> <p>"EL TRABAJO DE CUIDAR" CENTRO DE SALUD DE BARAÑÁN 2014</p> <p>FOLLETO INFORMATIVO "CUIDAR Y CUIDARSE" (PÉREZ JARAUTA, ECHAURI OZCOIDI, & MARÍ PALACIOS, 2016)</p>	<p>HERRAMIENTAS DE SEGUIMIENTO Y REGISTRO DE PERSONA CUIDADORA EN ATENEA</p> <p>POSIBILIDAD DE VALORAR LA SOBRECARGA CON LA ESCALA ZARIT</p> <p>DXE RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL CUIDADORA CIAP "SÍNDROME DE LA CUIDADORA" Y "CUIDADORA, CUIDADOR, FACTOR DE RIESGO" EN ATENEA</p>	<p>LEY FORAL DE IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES (NAVARRA, PARLAMENTO, 2019)</p> <p>PLAN DE SALUD NAVARRA 2014-2020</p>	<p>AYUDA ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR</p> <p>SERVICIOS A LA DEPENDENCIA (SAD, CENTROS DE DÍA, ETC.)</p> <p>CONVENIO ESPECIAL DE CUIDADORES NO PROFESIONALES DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA R.D. 615/2007 NUEVA DISPOSICIÓN DEL 8 MARZO DE 2019</p>	<p> NO INCLUYE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO</p> <p> EN PARTE INCLUYE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO</p> <p> SI INCLUYE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO</p>

Fuente: elaboración propia a partir de análisis de las iniciativas expuestas en este apartado

DISCUSIÓN

Tras la revisión de la bibliografía sobre el tema del cuidado informal hemos llegado a conocer el estado de la cuestión de la problemática de los cuidados informales tanto a nivel global como a nivel local. Hemos contestado a las preguntas de la introducción: ¿Que es el cuidado informal?; ¿quienes son las personas que lo realizan?; ¿que impacto tiene el cuidar sobre la persona cuidadora?. Así mismo, hemos visto que la crisis de los cuidados (Benitez, 2014) es un problema creciente a nivel global y que esto puede hacer que los pilares del sistema de bienestar se derrumben si no se enfrenta de manera apropiada esta crisis (Fornés & Gómez, 2018). Es por esto que el cuidado informal es un tema central para la salud de la población y a medida que se van dando los cambios sociodemográficos mencionados, se hace cada vez más urgente afrontar este problema en las políticas públicas destinadas a la salud y el bienestar social (Comas D'Argemir, 2015).

Todo lo expuesto anteriormente apoya la hipótesis de que, en la sociedad actual, vulnerabilidad y dependencia ya no pueden considerarse como situaciones excepcionales en la vida de las personas, son “rasgos propios de la condición humana inherentes a la existencia de cualquiera” (Martín Palomo, 2016, p. 50).

Nos encontramos así con dos problemáticas distintas pero íntimamente relacionadas que son el cuidado informal y las desigualdades de género en salud. La evidencia muestra que una de las claves afrontar la crisis de los cuidados a la vejez y a la dependencia es la creación de programas de atención primaria dirigidos hacia la vejez que incluyan servicios comunitarios y de apoyo a las familias y a las personas cuidadoras (WHO, 2007, 2017b). Pero esto no puede ser posible si no se tiene en cuenta una perspectiva de género, ya que, como hemos detectado en la bibliografía revisada, la carga del cuidado recae mayoritariamente sobre las mujeres y esto hace que crezcan, en lugar de disminuir, las desigualdades de género en salud y que estas se sumen a todas las demás desigualdades de género presentes en nuestra sociedad.

Tras evaluar los recursos existentes en Navarra para el apoyo de las personas cuidadoras, hemos detectado que las intervenciones existentes no incluyen una perspectiva de género, lo que supone que las desigualdades persistan, así hemos contestado a la pregunta inicial: ¿que se ha hecho o propuesto localmente para abordar la situación.

Pero, ¿cuál es el rol de la enfermería en esto? Cabe subrayar, como algunos varios estudios sugieren (Cantillo Monjo et al., 2018), es la enfermera, sobretudo la enfermera comunitaria, la profesional responsable de incluir a las cuidadoras informales en los programas de intervención comunitaria, individuales y grupales, de prevención y educación para la salud. Así mismo, es fundamental que la enfermería incluya en su ejercicio profesional una perspectiva de género (Del Pino Casado et al., 2010) para contribuir a erradicar las desigualdades de género en salud, y el tema del cuidado informal es una gran oportunidad para hacer esto.

Una fortaleza de la situación actual del cuidado informal en Navarra, es que cada vez más se tiene en cuenta la problemática del cuidado informal y a la vez la necesidad de incluir una perspectiva de género en el abordaje del problema. La inclusión de la “sobrecarga del cuidador” entre los principales problemas de salud emergentes en Navarra (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2014) denota la gravedad de la situación de las cuidadoras informales y la urgente necesidad de actuar sobre este problema. Por otro lado, las instituciones navarras son conscientes de que el problema de los cuidados no se puede afrontar sin tener en cuenta una perspectiva de género, ya que reconocen las desigualdades derivadas de la desigual distribución de la carga de cuidados hacia las mujeres (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2014; Navarra, Parlamento, 2019) y la necesidad de formación de los profesionales sanitarios en temas de igualdad y género para poder afrontar los problemas emergentes (Navarra, Parlamento, 2019).

Entre las debilidades cabe subrayar que esa conciencia institucional no se ha visto reflejada en la práctica. En la práctica el abordaje de la sobrecarga del cuidador es en general insuficiente. Además las intervenciones analizadas en este trabajo no incluyen la perspectiva de género como eje fundamental del abordaje a la sobrecarga del cuidador. Estas intervenciones hacen recaer la responsabilidad de

los cuidados y de auto cuidarse sobre la persona cuidadora, en vez de reducir la carga de cuidados brindando apoyo directo o intentando incidir en las familias para que el cuidado a la discapacidad se reparta entre más miembros de la familia.

Propuestas de mejora: Es deseable que se deje de considerar el problema de la sobrecarga del cuidador desde un punto de vista utilitario, en el que se considera un problema en la medida en que esta sobrecarga disminuye la capacidad de ofrecer cuidados y a la vez aumenta el peso sobre el sistema sanitario al aumentar los problemas de salud relacionados con la labor de cuidar. Una visión más positiva y colaborativa en la que el cuidado informal se vea como un complemento fundamental del cuidado formal y en el que las personas que lo realizan sean vistas como posibles aliadas de la enfermera comunitaria para preservar la salud de la población en general, podría traer consecuencias positivas tanto en la investigación como en la práctica.

Para conseguir esto, es necesario tener en cuenta la perspectiva de género, tanto en el análisis del problema como en las propuestas de intervención. Solo incluyendo esto se puede llegar a generar un cambio en la situación actual de sobrecarga de cuidados, impulsando desde la enfermería una distribución más equitativa del trabajo de cuidados dentro de las familias, y por ende en la sociedad en su conjunto. Todo esto no es posible si no se forma antes a los profesionales para que eviten perpetuar las desigualdades de género ya existentes. De ahí la siguiente propuesta de intervención.

Es importante tener en cuenta que el género es solo uno de los elementos que deberían tenerse más en cuenta en el diseño e implementación de planes e intervenciones en salud, también son importantes el grupo de edad, el nivel socioeconómico, el lugar de origen y otros factores, si bien en este trabajo no se contemplan. Todas estas pueden afectar tanto las necesidades como las demandas y las priorizaciones en temas de salud.

Incluir una perspectiva de género puede ayudar a entender como “el sexo y el género interactúan con otras características del contexto de mujeres y hombres creando condiciones de vida y de salud” (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2012, p. 44), de aquí viene la propuesta de este trabajo.

CONCLUSIÓN

1. La crisis de los cuidados es una problemática global que se refleja también en la sociedad Navarra.
2. Para abordar la crisis de los cuidados es necesaria la colaboración entre las diferentes Instituciones, los diferentes agentes sociales, la sociedad civil, comunidades, familias e individuos.
3. Por lo anterior se hace necesario el desarrollo de la legislación vigente a través de estrategias integrales, que den respuestas a los cambios sociales y culturales, dando cobertura a las necesidades de todas las personas.
4. El modelo de cuidados basado en la participación casi exclusiva de las mujeres en el cuidado, es inviable a futuro si no se redirige hacia atender las necesidades diferenciadas de éstas.
5. Incluir una perspectiva de género en la elaboración de planes de intervención para ayudar a las personas cuidadoras a mejorar su calidad de vida, es deseable y necesario.
6. La atención socio-sanitaria, y en particular la enfermería comunitaria, desde su posición privilegiada de cercanía a las personas y a la comunidad, pueden ser el motor del cambio del modelo tradicional de cuidados; para ello es necesario incluir la perspectiva de género en la práctica enfermera, así como en las intervenciones dirigidas al cuidado del cuidador.

“Si el cuidado tuviera rostro éste sería mayoritariamente femenino. Son las mujeres, cuidadoras formales e informales, quienes atienden a niños, enfermos y personas mayores.”
(García Pérez, 2004, p.119)

INTRODUCCIÓN

Como hemos visto, las actuaciones existentes hasta ahora para abordar la crisis de los cuidados, dirigidos solo a la persona cuidadora y basados principalmente en conocimientos sobre la enfermedad, el cuidado de las personas y el autocuidado, son insuficientes. Si además creemos que incluir en estas actuaciones una perspectiva de género es fundamental para abordar el problema, nos damos cuenta de que es necesario un cambio de enfoque para que esto sea posible.

Estas actuaciones son una forma de trasladar la responsabilidad del cuidado hacia las familias, más concretamente hacia la persona cuidadora, lo que a largo plazo aumenta su sobrecarga en vez de disminuirla (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017).

Es necesario incluir en los programas una visión más amplia. No solo enseñar a la persona cuidadora a cuidar y cuidarse, sino también a compartir el cuidado con otras personas. Se precisa implementar estrategias para que las desigualdades de género en el cuidado disminuyan, que sean incluyentes para que ambos géneros se impliquen en el cuidado. Asimismo, se debe considerar los diferentes modelos de familia existentes y el entorno de cada persona dependiente, para que más personas se hagan partícipes del cuidado. Para esto es necesario valorizar el trabajo de cuidados concientizando a la población sobre sus consecuencias, dotando a las personas de herramientas para que aprendan a compartir los cuidados (Navarra, Parlamento, 2019). Para conseguir lo expuesto anteriormente, es primordial formar a los agentes de salud para que sean capaces de intervenir (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2012).

Esta propuesta de intervención se sitúa en el marco de al “Estrategia de Salud y Género” del Plan de Salud Navarra 2014-2020 (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2014), la cual busca un nuevo modelo de atención que se define “más

racional, más proactivo y más orientado a la necesidad que a la demanda” (*Ibid.*, p. 136), y quiere ajustar los servicios a las necesidades reales del paciente promoviendo una “atención integral, proactiva, multidisciplinar y personalizada” (*Ibid.*, p. 136). Además, dentro de la misma Estrategia, se incluye la importancia y necesidad de formar a los profesionales en la perspectiva de género (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2012, p. 136) y se subraya que el Departamento de Salud cuenta con profesionales diplomadas en Salud y Género (*Ibid.* p.136).

El fomentar el empoderamiento en el autocuidado es importante, pues hace al paciente más proactivo en el mantenimiento de su bienestar (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2014). Sin embargo, no se debe eximir la responsabilidad del sistema sanitario como garante de la salud, pues esto puede agravar la crisis de los cuidados hoy existente (Comas D’Argemir, 2015).

Previo a la propuesta de intervención, sería necesaria una investigación sobre la situación de los cuidados informales en navarra, incluyendo una perspectiva de género donde se valoren las necesidades de ambos género, sin perder de vista las oportunidades que nos ofrece la inclusión en el ámbito del cuidado. Para intervenir de una manera efectiva, se debería realizar una valoración del sesgo de género de los profesionales sanitarios, que son el grupo diana de la presente propuesta de mejora.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Alfabetización sanitaria al equipo sanitario de atención primaria del centro de salud de la Txantrea, para que el equipo pueda incorporar en la práctica del cuidado a la dependencia, y en particular a las personas cuidadoras, la perspectiva de género.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Disminuir las desigualdades de género en la carga de los cuidados a la dependencia de la zona básica de salud a través de formación al personal sanitario.

Objetivos específicos:

- Evaluar si existen sesgos de género o ideas preconcebidas sobre el cuidado y los roles de las mujeres que puedan aumentar las desigualdades de género en salud.
- Formar al personal asistencial del Centro de Salud para que sean capaces de proporcionar asistencia adecuada a las personas cuidadoras informales teniendo en cuenta una perspectiva de género.
- Formar al personal sanitario en estrategias de comunicación para que sepan incluir a la familia entera en los cuidados a la dependencia y puedan empoderar a las mujeres cuidadoras para mejorar su calidad de vida.

GRUPO DIANA

Personal del Centro de Salud de Txantrea: enfermeras, médicos y trabajadoras sociales. El centro cuenta con 11 enfermeras, 11 médicos, 2 trabajadoras sociales, por lo que la formación iría dirigida a 24 personas.

El centro de salud cubre una población de 19.392 habitantes. Es una de las zonas básicas con mayor índice de dependencia senil (40,3%) y además tiene un alto porcentaje de hogares unipersonales de mujeres de 80 o más años (43,9%) (Observatorio de Salud Comunitaria Navarra, 2018).

CONTENIDOS EDUCATIVOS

El programa de educación para la salud incluirá los siguientes contenidos:

- Tema 1 – Sobrecarga de la persona cuidadora: Conocimientos sobre: principales síntomas presentados por sobrecarga de cuidados, identificar señales de alarma, como afecta el cuidado de forma distinta a mujeres y a hombres
- Tema 2 – Introducción de una perspectiva de género. Conocimientos sobre: identidad sexual e identidad de género; importancia de incluir una perspectiva de género en la atención sanitaria; desigualdades de género en salud; evidencia sobre desigualdades de género en la atención sanitaria; que son los sesgos de género en la atención sanitaria; uso de lenguaje sexista en los servicios sanitarios; micro machismos.
- Tema 3 – Como incluir a la familia en la atención a la dependencia. Conocimientos sobre: introducción de un abordaje distinto a los cuidados; ideas sobre cómo incluir al resto de la familia en los cuidados; identificación de posibles redes de apoyo para los familiares; comunicación asertiva con grupos familiares.

METODOLOGÍA

La metodología adoptada pertenece al modelo comunitario de educación para la salud. Se realizarán talleres grupales siguiendo los pasos del proceso de aprendizaje que consiste en:

- Expresar su situación: conocimientos, valores, creencias, experiencias
- Analizar y profundizar en la situación: desarrollar conocimientos, analizar diferentes aspectos, reflexionar sobre las emociones.
- Actuar: desarrollar recursos y habilidades, tomar decisiones, experiencias en la realidad, evaluación del programa.

Las técnicas que utilizaremos serán:

- Expositiva, lluvia de ideas, cuestionarios, análisis de casos y *rol playing*.

CRONOGRAMA

El programa tendrá una duración de 1 mes. Se realizará 1 taller semanal con los siguientes temas:

1. Sobrecarga del cuidador
2. Género y salud
3. Abordar la sobrecarga del cuidador desde una perspectiva de género
4. Valorar y atender a la familia, no solo a la persona cuidadora

LUGAR

Centro de Salud de la Txantrea, Pamplona.

AGENTES DE SALUD

El programa será dirigido por una profesional diplomada en Salud y Género, del departamento de salud del gobierno de Navarra¹. Además el programa prevé la participación activa de los participantes en los talleres como generadores de conocimientos y de estrategias para abordar la situación. Los talleres serán guiados por una trabajadora social y una enfermera formadas en temas de género y con conocimientos suficientes sobre el tema de los cuidados.

RECURSOS

Aula multiusos, ordenador y proyector

EVALUACIÓN

¿Qué evaluamos?:

La estructura del Programa: las personas responsables del curso evaluarán si se cuenta con los recursos e instalaciones adecuados para el desarrollo del programa

El proceso de Desarrollo: las personas responsables del curso controlarán que los talleres se realicen en las fechas previstas y de acuerdo a los horarios pactados.

¹ “El Departamento de Salud cuenta con profesionales diplomadas en Salud y Género y participa activamente en las Comisiones del Instituto Navarro para la Igualdad y Familia en la implantación de la Transversalidad o *Mainstreaming* de Género y en el Ministerio en el desarrollo de sus líneas estratégicas sobre género y salud” (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2014, p. 86)

Se evaluarán a través de un cuestionario completado por los participantes: la capacidad de comunicación de los profesionales, el grado de satisfacción del programa y la adecuación de la metodología a sus necesidades.

Los resultados: se evaluará al final del taller si los objetivos relacionados con el conocimiento de los participantes sobre el tema se han cumplido al final del curso.

Las responsables harán un seguimiento para escuchar que cambios han podido realizar las y los profesionales gracias al curso y si estos cambios se mantienen en el tiempo, reforzando si es necesario. Además se evaluará si el taller ha tenido un impacto aumentando el número de atenciones sanitarias dirigidas a personas y familias cuidadoras informales.

¿Quién evalúa?:

Profesional responsable que imparte el taller, participantes, un evaluador externo del Instituto de Salud Pública de Navarra

¿Cómo evaluamos?:

A través de observación por parte de los evaluadores y cuestionario final a los participantes, se valorará la estructura del programa. Los resultados finales se evaluarán a través de la entrega de un cuestionario de evaluación normalizado a los participantes. Se solicitarán estadísticas del uso de las herramientas disponibles en el sistema informático ATENEA, para saber si esta intervención ha influido en la prestación de servicios del Centro de Salud (por ejemplo, si ha habido un aumento en el uso de los CIAP destinados a la sobrecarga de cuidados; un aumento en el número de veces que se cumplimenta la escala de sobrecarga del cuidador ZARIT; si han aumentado los talleres para familias; si se ha derivado a Trabajo Social un mayor número de familias o personas cuidadoras, si se ha solicitado un mayor número de veces la ayuda psicológica a las cuidadoras informales).

¿Cuándo evaluamos?:

Durante el desarrollo del taller, al final de la última sesión, y el seguimiento se realizará al mes y a los 6 meses.

Tabla 3 - Resumen Propuesta de Intervención

PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN				
	1ª SESIÓN	2ª SESIÓN	3ª SESIÓN	4ª SESIÓN
CONTENIDOS EDUCATIVOS	SOBRECARGA DE LA PERSONA CUIDADORA: <ul style="list-style-type: none"> • PRINCIPALES SÍNTOMAS • CONSECUENCIAS ≠ EN MUJERES Y HOMBRES • CRISIS DEL CUIDADO 	PERSPECTIVA DE GÉNERO: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDAD SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO • DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD Y EN ASISTENCIA SANITARIA 	PERSPECTIVA DE GÉNERO: <ul style="list-style-type: none"> • SESGOS DE GÉNERO EN AS • SEXISMO Y ANDROCENTRISMO LINGÜÍSTICO • MICRO MACHISMOS 	ATENCIÓN A LA FAMILIA EN LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none"> • INCLUIR A LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS • COMUNICACIÓN ASERTIVA CON GRUPOS FAMILIARES
METODOLOGÍA	PRESENTACIÓN Y CONTRATO EDUCATIVO (⊕20') EXPOSICIÓN (⊕30') INVESTIGACIÓN EN AULA (⊕30') LLUVIA DE IDEAS (⊕20') PREGUNTAS (⊕20')	AUTO EVALUACIÓN DE PREJUICIOS (⊕20') EXPOSICIÓN (⊕30') REORGANIZAR IDEAS (⊕20') (⊕20') DEBATE (⊕30')	EXPOSICIÓN (⊕40') DESARROLLO DE HABILIDADES (⊕20') ROL PLAYING (⊕40') INVESTIGACIÓN EN AULA (⊕20')	EXPOSICIÓN (⊕30') ROL PLAYING (⊕30') DESARROLLO DE HABILIDADES (⊕20') CUESTIONARIO EVAL. (⊕30')
AGENTES DE SALUD	PROFESIONAL DIPLOMADA EN SALUD Y GÉNERO, ENFERMERA ESPECIALIZADA EN GÉNERO			
CRONOGRAMA	MIÉRCOLES SEMANA 1 13H – 15H	MIÉRCOLES SEMANA 2 13H – 15H	MIÉRCOLES SEMANA 3 13H – 15H	MIÉRCOLES SEMANA 4 13H – 15H
LUGAR	SALA DE USOS MÚLTIPLES CENTRO DE SALUD DE TXANTREA			
RECURSOS	AULA MULTIUSOS • ORDENADOR Y PROYECTOR			
EVALUACIÓN	¿QUE?: ESTRUCTURA, PROCESO, RESULTADOS EN ATENEA		¿QUIÉN?: RESPONSABLE DEL TALLER, PARTICIPANTES, ISPN	
	¿CÓMO?: OBSERVACIÓN, CUESTIONARIO, AUTOEVALUACIÓN		¿CUÁNDO?: DURANTE, AL FINAL, SEGUIMIENTO AL MES Y 6 MESES	

Fuente: elaboración propia

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas las personas que me acompañaron en este viaje:

A mis hijas, de las que cada día aprendo y me han acompañado durante toda la carrera.

A ti, Francesco, por tu apoyo cuando decidí volver a estudiar y en el transcurso de este camino.

A Mamá y Papá por seguir estando siempre ahí siguiendo mis pasos.

A ustedes hermanos por su apoyo incondicional.

A mis amigas, mujeres fuerte y valientes que me han apoyado desde el principio cuando decidí empezar a estudiar y siguen haciéndolo.

A Rosa García Orellán por su acompañamiento y guía durante la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellan, A., Perez, J., Pujol, R., Sundström, G., Jegermalm, M., & Malmberg, B. (2017). Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Sweden. *International Journal of Ageing and Later Life*, 11(1), 69-89. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.16-305>
- Abellán García, A., Ayala García, A., Pérez Díaz, J., & Pujol Rodríguez, R. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, (17), 34.
- Abellán García, A., & Esparza Catalán, C. (2009). *Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores*. 19.
- Artaza Artabe, I., Ramos Cordero, P., Gonzalez Núñez, J., & Martínez Hernández, D. (2016). *Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes cuidadorES*. Recuperado de Sociedad Española de Geriátría y Gerontología website: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Estudio-Cuidadores-segg.pdf>
- Artola Garrido, B., & Muñoz Maya, R. (2018). El rol del cuidador: repercusiones en calidad de vida y problemas de salud. *Conocimientos, investigación y prácticas en el campo de la salud: Volumen V, 2018*, 141-146. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6824546>
- Bauman, Z. (2005). *Liquid Life*. Cambridge UK: Polity Press.
- Bauman, Z. (2012). *Daños colaterales: Desigualdades sociales en la era global*. España: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2013). *Liquid Times: Living in an Age of Uncertainty*. Cambridge UK: Polity Press.
- Benitez, M. A. B. (2014). Feminización de la dependencia: la prestación por cuidados familiares. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 0(9), 338-359. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i9.1032>

- Bleijlevens, M. H. C., Stolt, M., Stephan, A., Zabalegui, A., Saks, K., Sutcliffe, C., ... Zwakhalen, S. M. G. (2015). Changes in caregiver burden and health-related quality of life of informal caregivers of older people with Dementia: evidence from the European RightTimePlaceCare prospective cohort study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(6), 1378-1391. <https://doi.org/10.1111/jan.12561>
- Bonita, R. (1998). *Women, ageing and health: Achieving health across the life span*. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/publications/women/en/>
- Borderías, C., Torns, T., & Carrasco, C. (2011). *El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los Libros De La Catarata.
- Camps, V. (2013). *La ética del cuidado - Carol Gilligan*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Recuperado de <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/30-the-ethic-of-care>
- Cantillo Monjo, M., Lleopart Coll, T., & Ezquerro Samper, S. (2018). El cuidado informal en tiempos de crisis. Análisis desde la perspectiva enfermera. *Enfermería Global*, 17(50), 515-541.
- Caregiver Action Network, & Care Australia. (2017). *Embracing the Critical Role of Caregivers Around the World*. Recuperado de https://www.embracingcarers.com/content/dam/web/healthcare/corporate/embracing-carers/media/infographics/us/Merck%20KGaA%20Embracing%20Carers_White%20Paper%20Flattened.pdf
- Comas D'Argemir, D. (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404.
- Cook, S. K., Snellings, L., & Cohen, S. A. (2018). Socioeconomic and demographic factors modify observed relationship between caregiving intensity and three dimensions of quality of life in informal adult children caregivers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 169. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0996-6>

- Crespo López, M., & López Martínez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO.
- Del Pino Casado, R., Frías Osuna, A., Palomino Moral, P. A., & Millán Cobo, M. D. (2010). Diferencias de género en la sobrecarga e implicación en el cuidado familiar de mayores dependientes. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIdEC*, 3(2), 12-18.
- Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. (2012). *Diagnóstico de situación*. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/21DDBA10-A8D3-4541-B404-7A48827D3CFF/290698/DIAGNOSTICOSITUACION.pdf>
- Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. (2014). *Plan de Salud de Navarra 2014-2020*. Recuperado de http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020.htm
- España, Gobierno. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. , BOE. núm. 299, de 15/12/2006, 39/2006 (2007).
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2, 9-20. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652006000100002>
- Esteban, M. L., Comelles, J. M., & Diez Mintegui, C. (2010). *Antropología, género, salud y atención*. España: Bellaterra.
- Eterovic Díaz, C. A., Mendoza Parra, S. E., & Sáez Carrillo, K. L. (2015). Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global*, 14(2), 235. <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.2.198121>
- Eurocarers. (2017). *The gender dimension of informal care*. Recuperado de European Association Working for Carers website:

<https://eurocarers.org/publications/the-gender-dimension-of-informal-care/>

- Fornés, A. C., & Gómez, S. L. (2018). Necesidades emergentes del cuidado informal de mayores dependientes: Develando las voces de los cuidadores familiares. *Interciencia: Revista de ciencia y tecnología de América*, 43(5), 358-364.
- García Antón, M. Á., & Campos Dompedro, J. R. (2013). *Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología IM&C.
- García Calvente, M. del M., Del Río Lozano, M., & Eguiguren, A. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak: Soziologia eta zientzia politikoaren euskal aldizkaria = Revista vasca de sociología y ciencia política*, (44), 291-308.
- García Calvente, M., del Río Lozano, M., & Marcos Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.006>
- García Cueto, B., & García Martínez, C. (2017). Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. *RqR Enfermería Comunitaria*, 5(3), 30-44.
- García Pérez, M. del C. (2004). Mujer: cuidadora de abuelos, cuidadora de nietos. En *La mujer en la sociedad europea: márgenes, redes y procesos* (pp. 117–140). Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- García-Calvente, M. del M., Del Río Lozano, M., Castaño López, E., Mateo Rodríguez, I., Maroto Navarro, G., & Hidalgo Ruzzante, N. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria*, 24(4), 293-302. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.02.011>
- Generalitat Valenciana. (2014). *Guia d'atenció a les persones cuidadores familiars en l'àmbit sanitari - Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública*.

Recuperado de http://www.san.gva.es/web/dgas/guia-de-atencion-a-las-personas-cuidadoras-familiares-en-el-ambito-sanitario;jsessionid=C2B99026CF756E4AAF63C62B1D07D40C.appli7_node2

Gheorghe, M., Hoefman, R. J., Versteegh, M. M., & van Exel, J. (2019). Estimating Informal Caregiving Time from Patient EQ-5D Data: The Informal CARE Effect (iCARE) Tool. *Pharmacoeconomics*, 37(1), 93-103. <https://doi.org/10.1007/s40273-018-0706-6>

Gobierno de Navarra. (1998). *Educación en Salud III: Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria 1987-1997*. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CEE32731-E43D-49C5-A858-EEDE6166369C/193890/EducarenSaludIII2.pdf>

Gobierno de Navarra. (2019, abril). Boletín Oficial de Navarra Número 75 de 17 de abril de 2019 - Cartera de Servicios Sociales. Recuperado 15 de mayo de 2019, de http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2019/75/Anuncio-0/

González-de Paz, L., Real, J., Borrás-Santos, A., Martínez-Sánchez, J. M., Rodrigo-Baños, V., & Dolores Navarro-Rubio, M. (2016). Associations between informal care, disease, and risk factors: A Spanish country-wide population-based study. *Journal of Public Health Policy*, 37(2), 173-189. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.3>

INE. (2009). Población con discapacidad según la edad y el sexo del cuidador principal. Recuperado 28 de abril de 2019, de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/modulo6/l0/&file=01001.px>

INE. (2017). INEbase / Demografía y población / Fenómenos demográficos / Tablas de mortalidad / Últimos datos. Recuperado 26 de abril de 2019, de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177004&menu=ultiDatos&idp=1254735573002

- INE. (2018). Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo.(2853). Recuperado 28 de abril de 2019, de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2853>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2017). *Informe 2016: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas.* Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. (2019). Taller Cuidar y Cuidarse. Recuperado 14 de mayo de 2019, de Gobierno de Navarra website: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Escuela+de+Salud/Escuela+de+Pacientes/actividades.htm
- Jacobs, J. C., Van Houtven, C. H., Tanielian, T., & Ramchand, R. (2019). Economic Spillover Effects of Intensive Unpaid Caregiving. *Pharmacoeconomics*, 37(4), 553-562. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00784-7>
- Karraker, M. W. (2012). *Global Families*. London: SAGE.
- López Álvarez, M. J. (2013). *La conciliación de la vida laboral y familiar en España: Una oportunidad para promover y proteger los derechos de la infancia* [Informe]. Recuperado de Save the children website: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/la_conciliacion_de_la_vida_laboral_y_familiaresp_vok.pdf
- Lumbreras Villanueva, A., & García-Orellán, R. (2017). Cuidado informal y feminización de la pobreza: retos y emergencias. *Antropologías en transformación: sentidos, compromisos y utopías*, 1073-1080. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6122764>
- Martín Palomo, M. T. (2016). *Cuidado, vulnerabilidad e interdependencias : nuevos retos políticos*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de

<https://www.fesemi.org/publicaciones/semi/consensos/documento-de-consenso-estrategia-para-el-abordaje-de-la-cronicidad-en-el-sistema>

Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. (2019, marzo). Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia R.D. 615/2007. Recuperado 15 de mayo de 2019, de www.seg-social.es website: <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/Afiliacion/10547/10555/51635#51638>

Mosquera Metcalfe, I., & Larrañaga Padilla, I. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE. *Rev Esp Salud Pública.*, 93, 13.

Nance, D. C., Rivero May, M. I., Flores Padilla, L., Moreno Nava, M., & Deyta Pantoja, A. L. (2018). Faith, Work, and Reciprocity: Listening to Mexican Men Caregivers of Elderly Family Members. *American Journal of Mens Health*, 12(6), 1985-1993. <https://doi.org/10.1177/1557988316657049>

Navarra, Parlamento. *Ley Foral 17/2019, de 4 de abril, de igualdad entre Mujeres y Hombres.* , BON. No. 17 (2019).

Observatorio de Salud Comunitaria Navarra. (2018). *Zona Básica de Salud Txantrea*. Recuperado de Departamento de Salud Navarra website: https://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=OSCNA\PerfilesZBS\PDF%20Castellano\18_InformeZBS_Txantrea.pdf

Pérez Jarauta, M. J., Echaury Ozcoidi, M., & Marí Palacios, P. (2016). *Cuidar y cuidarse*. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E51DCA7A-E907-410B-B82B-36541DBD6ED5/368141/FolletoCUIDARCUIDARSE2016.pdf>

Peterson, E. (2015). Construcciones políticas del trabajo de cuidado de personas mayores dependientes en España. Género, poder y justicia social. *Revista Española de Ciencia Política*, (39), 221-237.

- Red2Red Consultores, & Instituto de la Mujer (España). (2008). *Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: valoración económica*. Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/cuidadosPersonasDependientesEst102.pdf>
- Rodriguez del Pino, J. A., Samper Mas, T., Marin Traura, S., Sigalat Signes, E., & Moreno Ruiz, A. E. (2018). Hombres cuidadores informales en la ciudad de Valencia. Una experiencia de reciprocidad. *Obets-Revista De Ciencias Sociales*, 13(2), 645-670. <https://doi.org/10.14198/OBETS2018.13.2.08>
- Rodriguez-Madrid, M. N., del Rio-Lozano, M., Fernandez-Pena, R., Jimenez-Pernett, J., Garcia-Mochon, L., Lupianez-Castillo, A., & del Mar Garcia-Calvente, M. (2019). Gender Differences in Social Support Received by Informal Caregivers: A Personal Network Analysis Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 91. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010091>
- Rosas, R. E. (2014). Feminización y colectivización del cuidado a la vejez en México. *Cadernos de Pesquisa*, 44(152), 378-399.
- Servicio Navarro se Salud, Osasunbidea. (2017). Memoria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) 2017. Recuperado 23 de abril de 2019, de http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Memorias+de+actividad/Ano+2017/Memoria+del+SNS-O+2017.htm
- Swinkels, J., Tilburg, T. van, Verbakel, E., & Broese van Groenou, M. (2019). Explaining the Gender Gap in the Caregiving Burden of Partner Caregivers. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(2), 309-317. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx036>
- Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2018). *The Solid Facts: Home care in Europe* (p. 46). Recuperado de World Health Organization website: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf
- Teófilo Rodríguez, J., González Cabezas, A. N., Díaz Veiga, P., & Rodríguez Rodríguez, V. (2011). *Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES* (N.º

- 50). Recuperado de IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales website:
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm50.pdf>
- Valderrama, M. J., Larrañaga, M. I., Martín, U., & Arregi, B. (2010). Cuidados informales y desigualdades de género: mirando a Bizkaia. En *Antropología, género, salud y atención* (pp. 299-316). Barcelona: Bellaterra. (1655-42).
- Verbakel, E. (2018). How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), 436-447.
<https://doi.org/10.1177/1403494817726197>
- Vivir en Barañáin. (2014, Diciembre de). Herramientas para el cuidado de personas en domicilio. *Vivir en Barañáin*, pp. 16-17. Recuperado 27 abril de 2019, de <http://www.baranain.es/wp-content/uploads/sites/29/2013/06/12-VB-Diciembre-2014.pdf>
- WHO. (2007). *Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender*. Recuperado 24 de abril de 2019, de World Health Organization website: <https://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>
- WHO. (2015). World report on ageing and health. Recuperado 25 de abril de 2019, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2017a). *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Recuperado 24 de abril de 2019, de World Health Organization Department of Ageing and Life Course website: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK488250/>
- WHO. (2017b). WHO Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE). Recuperado 24 de abril de 2019, de WHO website: <http://www.who.int/ageing/publications/guidelines-icope/en/>

WHO. (2017c). Women on the move. Recuperado 24 de abril de 2019, de WHO website: <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/women-on-the-move/en/>

Zueras, P., Spijker, J., & Blanes, A. (2018). Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(2), 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.004>

ANEXO I: TABLAS Y FIGURAS

Tabla 4 - Cronograma de realización del trabajo

ACTIVIDADES	SEPT 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019	MAR 2019	ABR 2019	MAY 2019
Asignación del tema y tutora	■	■							
Contacto con la tutora		■							
Curso Compet. Bibliog.		■	■						
Primera cita con tutora		■							
Búsqueda bibliográfica		■	■	■	■	■	■	■	
Recopilación de datos epidemiológicos y estadísticos					■	■	■	■	
Redacción del trabajo						■	■	■	■
Entrega Rúbrica 1						■			
Varios encuentros con la tutora							■	■	■
Redacción final del trabajo, decisión del título definitivo									■
Entrega Trabajo (Rubrica 2)									■

Fuente: elaboración propia

Figura 2 - Proporción de las personas de más de 60 años en 2015 y proyección para el 2050

Figura 3.1. Proporción de personas de 60 años o más, por país, en 2015

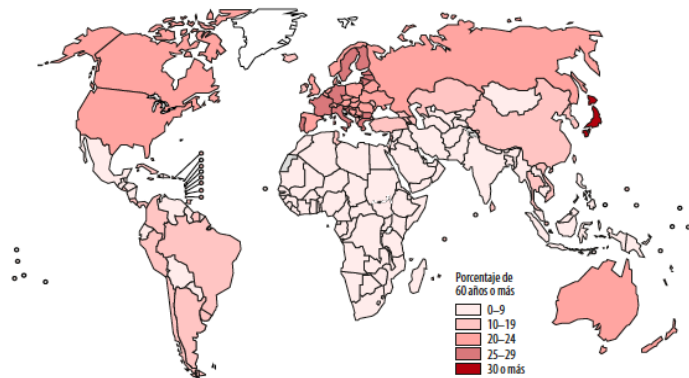
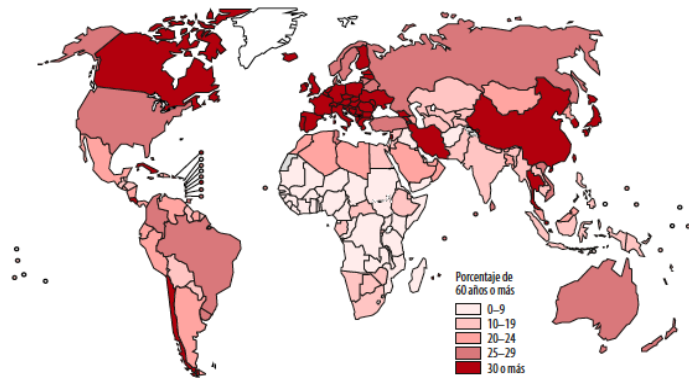


Figura 3.2. Proporción de personas de 60 años o más, por país, proyecciones para 2050



Fuente: OMS, 2015, p.59

Figura 3 – Aumento de la esperanza de vida y disminución de la tasa de fecundidad a nivel mundial

Figura 3.6. Cambios en la esperanza de vida a partir de 1950, con proyecciones hasta el año 2050, por región de la OMS y en todo el mundo

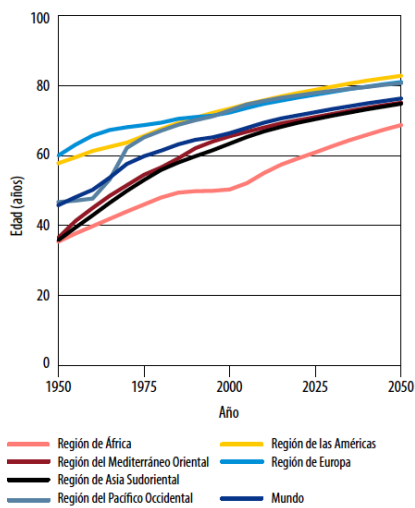
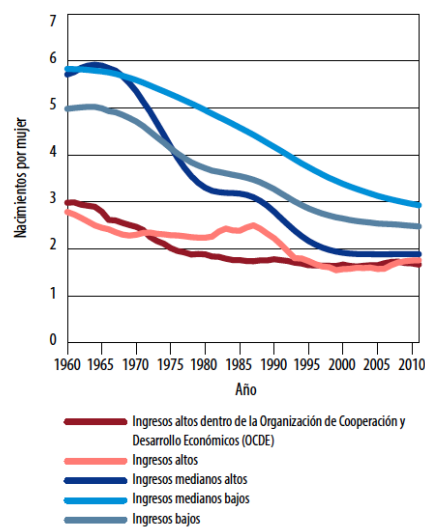
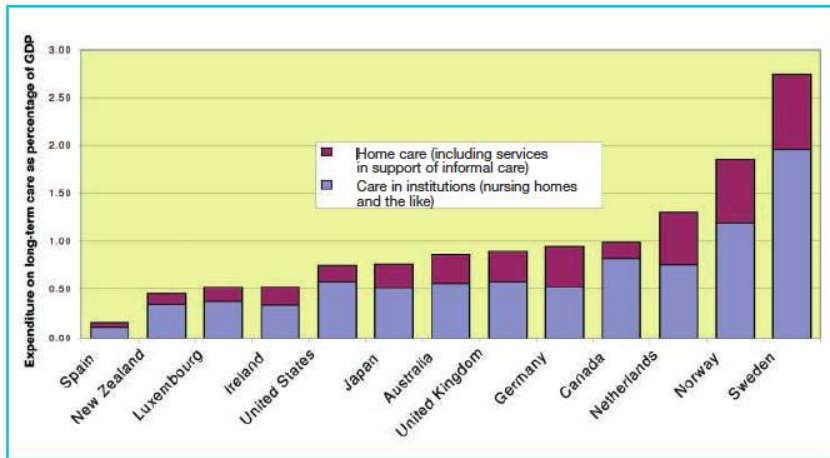


Figura 3.8. Tasas de fecundidad en países de ingresos bajos, medios y altos, 1960-2011



Fuente: OMS, 2015, p.63

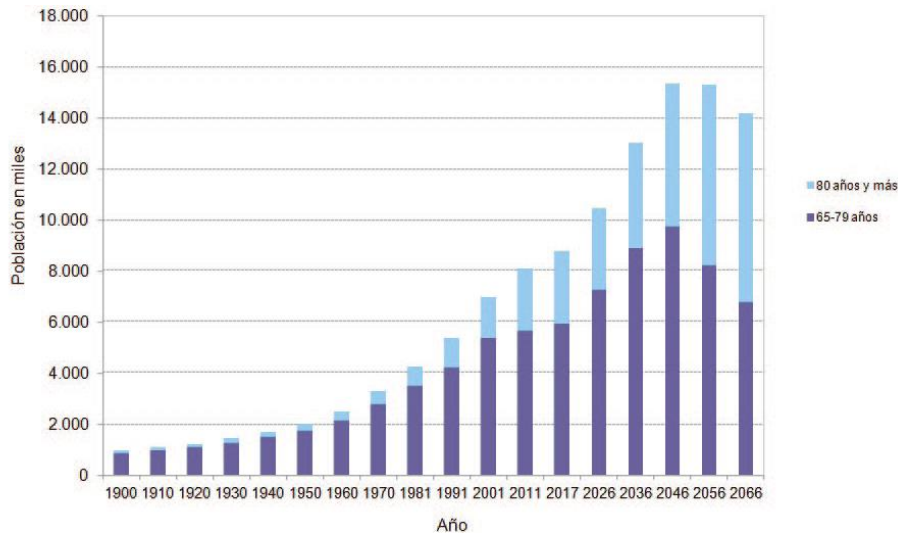
Figura 4 - Gasto en cuidados a la dependencia en proporción con el PIB en algunos países de la OECD, 2004



Source: Long-term care for older people (4).

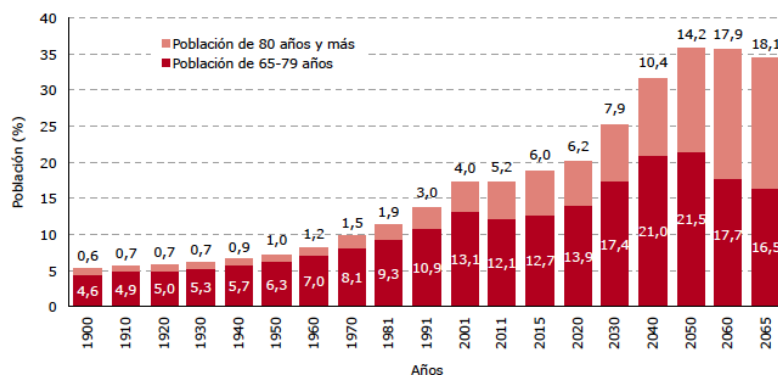
Fuente: World Health Organisation, Regional office for Europe (Tarricone & Tsouros, 2018).

Figura 5 - Evolución de la población de 60 y más años en España, 1900 - 2066



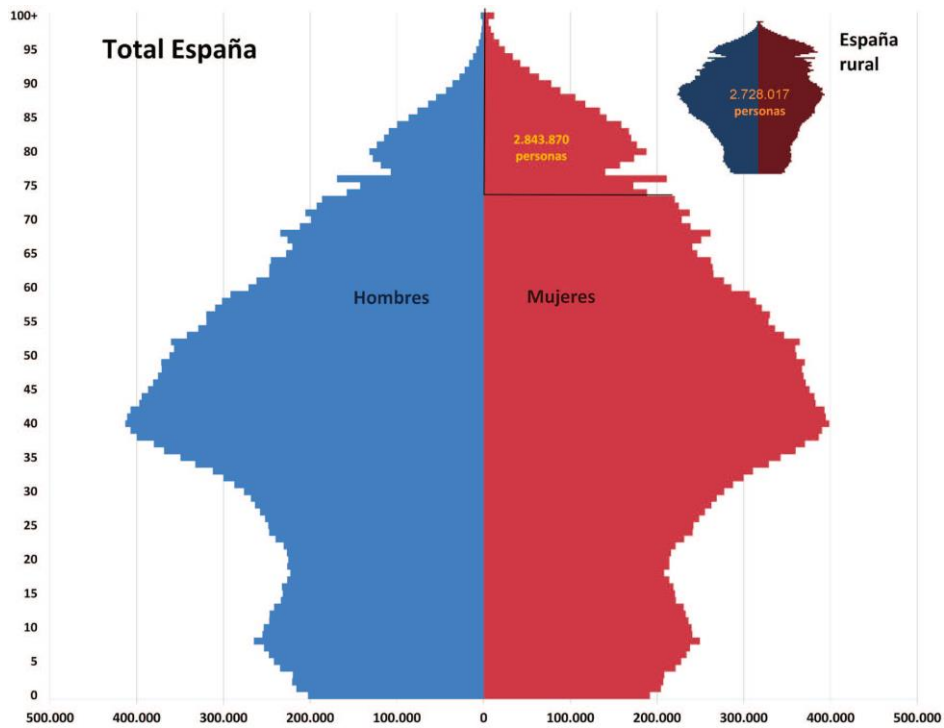
Fuente: INE - INEBASE: 1900-2011: Censos de Población y Vivienda.
2026-2066: Proyecciones de población. Consulta en enero 2018.
En: Abellán García *et al.* 2018, p. 7

Figura 6 - Evolución de la población mayor en España, 1900-2065 en %



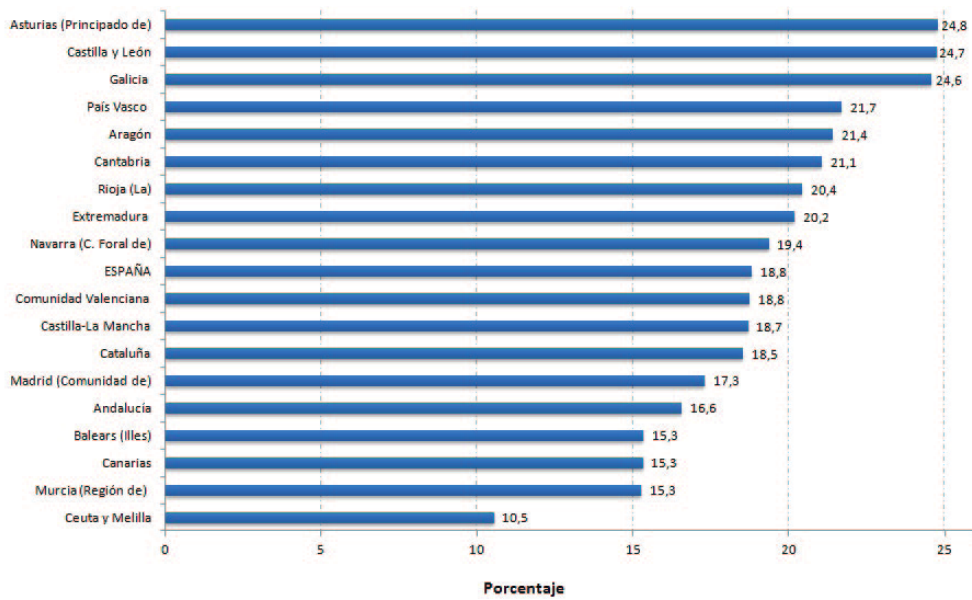
Fuente: 1900-2015: INE: INEbase: «Cifras de población. Resultados nacionales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2015».
2016-2065: INE: INEbase: «Proyección de la población 2016-2065. Resultados nacionales»,
En (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2017)

Figura 7 - Pirámide de la población de España, 2017



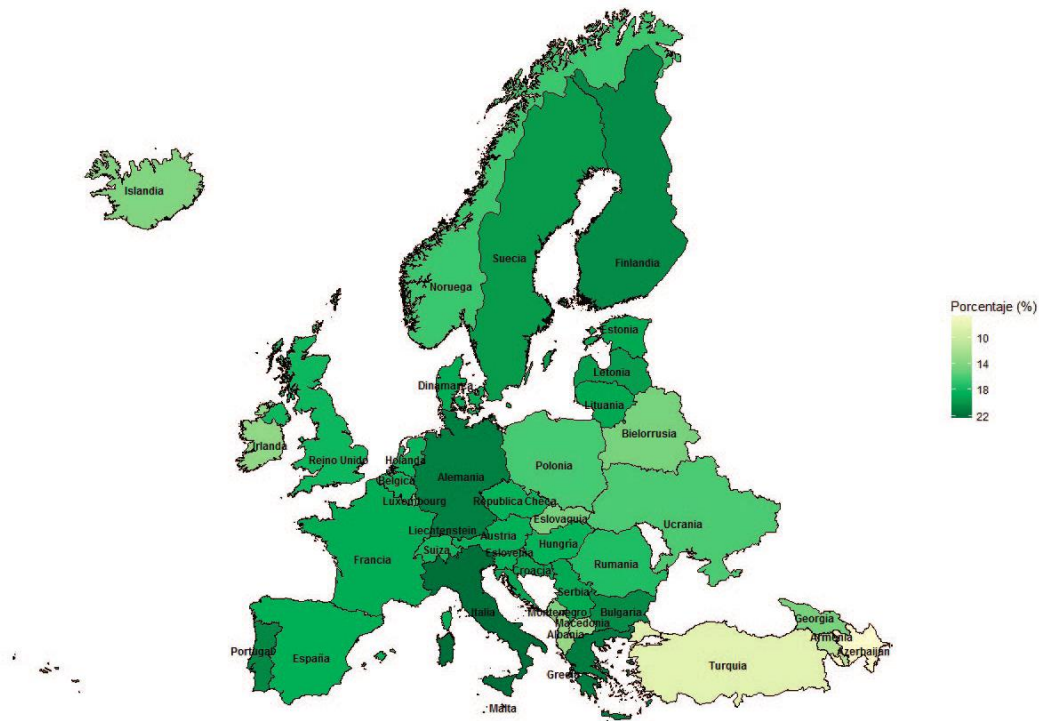
Fuente: INE: INEBASE: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017. Consulta enero 2018.
En: Abellán García *et al.* 2018, p. 8

Figura 8 - Porcentaje de personas mayores de 65 años por comunidades autónomas, 2017



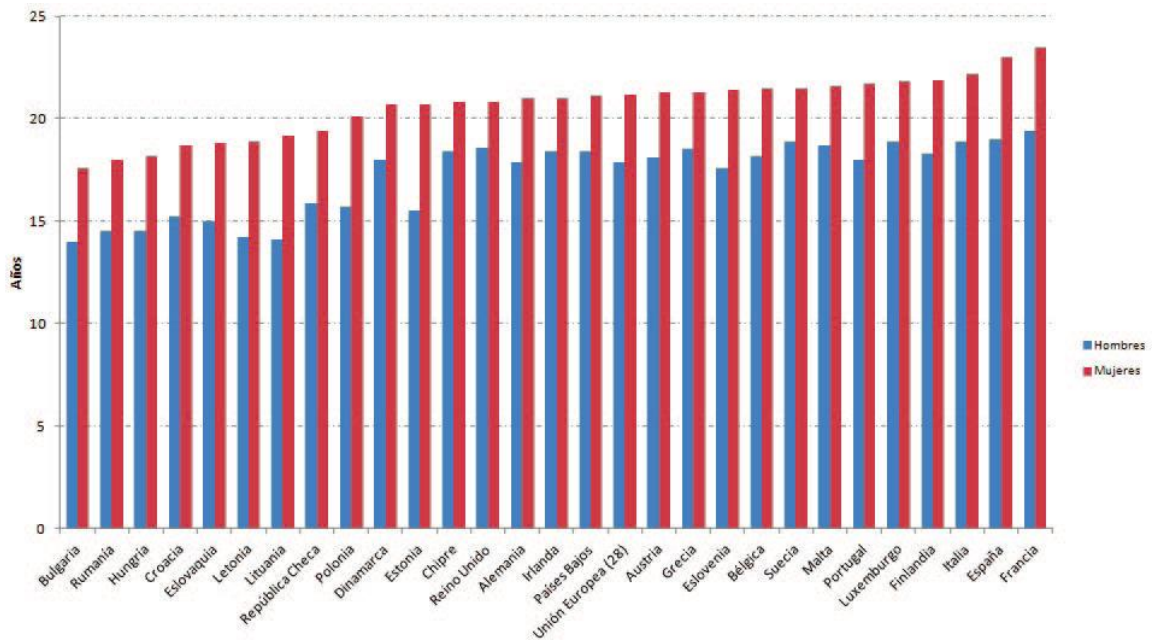
Fuente: INE: INEBASE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017. Consulta en enero de 2018
En: Abellán García *et al.* 2018, p. 11

Figura 9 - Porcentaje de personas de 65 y más años en Europa, 2016



Nota: Porcentaje global solo de la Unión Europea en 28 países (UE-28): 19,2%
 Fuente: 2016: EUROSTAT. Population on 1 January: Structure Indicators (demo_pjanind)
 En: Abellán García *et al.* 2018, p. 12

Figura 10 - Esperanza de vida a los 65 años por sexo. Unión Europea, 2015

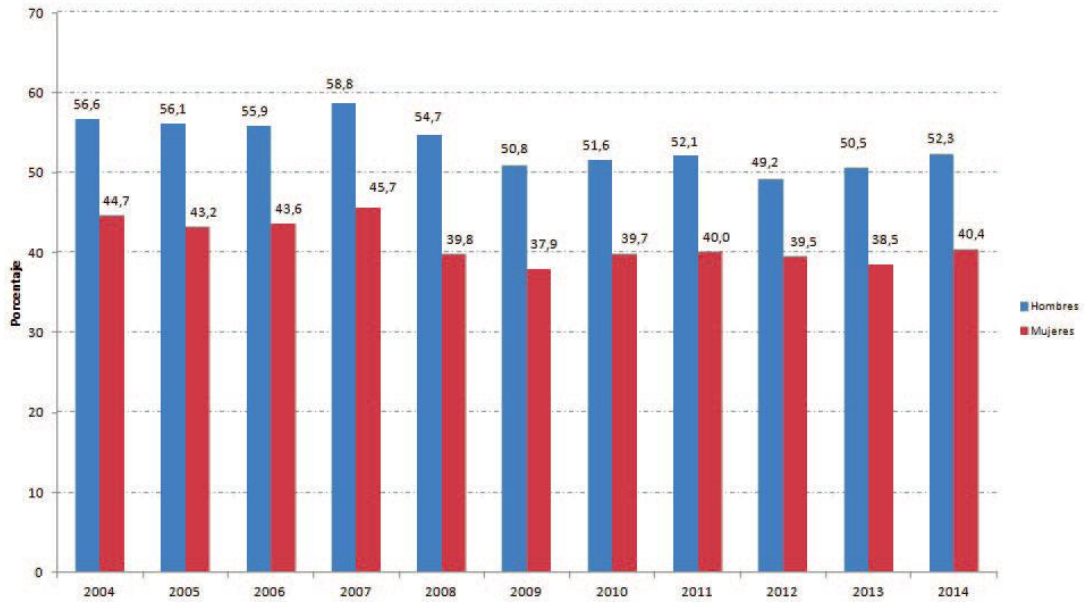


Fuente: EUROSTAT 2015, Consulta realizada en enero 2018.

Nota: según INE, España 2016:

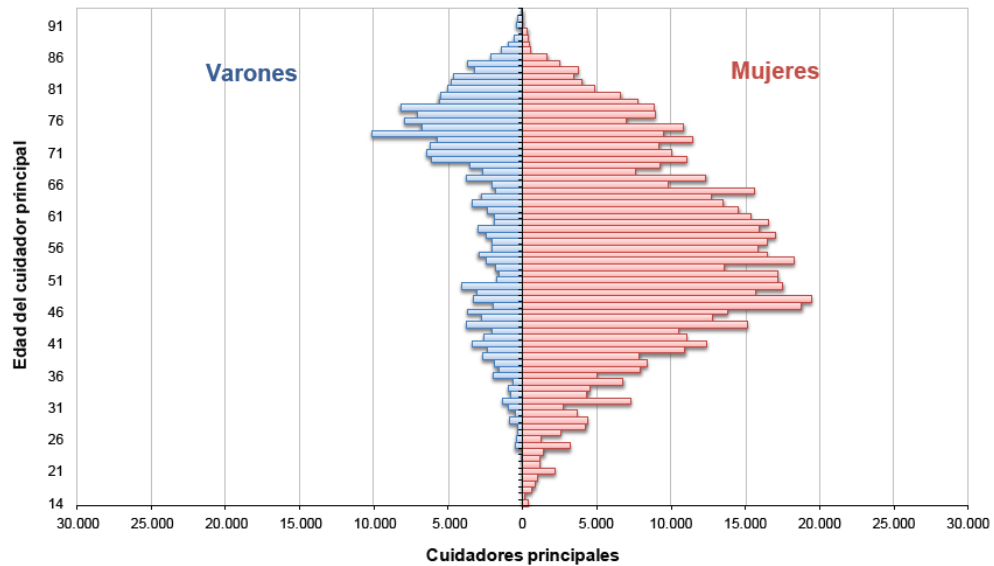
- Esperanza de vida al nacer: Hombres: 80,3 años. Mujeres: 85,8 años
 - Esperanza de vida a los 65 años: Hombres: 19,1 años. Mujeres: 23,1 años

Figura 11 - Esperanza de vida saludable en España a los 65 años respecto al total de la esperanza de vida, por sexo, 2004-2014



Fuente: Elaborado por Abellán García *et al.* 2018 a partir de datos del documento: Health Expectancy in Spain (2016), EHLEIS Country Reports, Issue 10.

Figura 12 - Pirámide de personas cuidadoras principales de la población de 65 y más años con dependencia, 2008



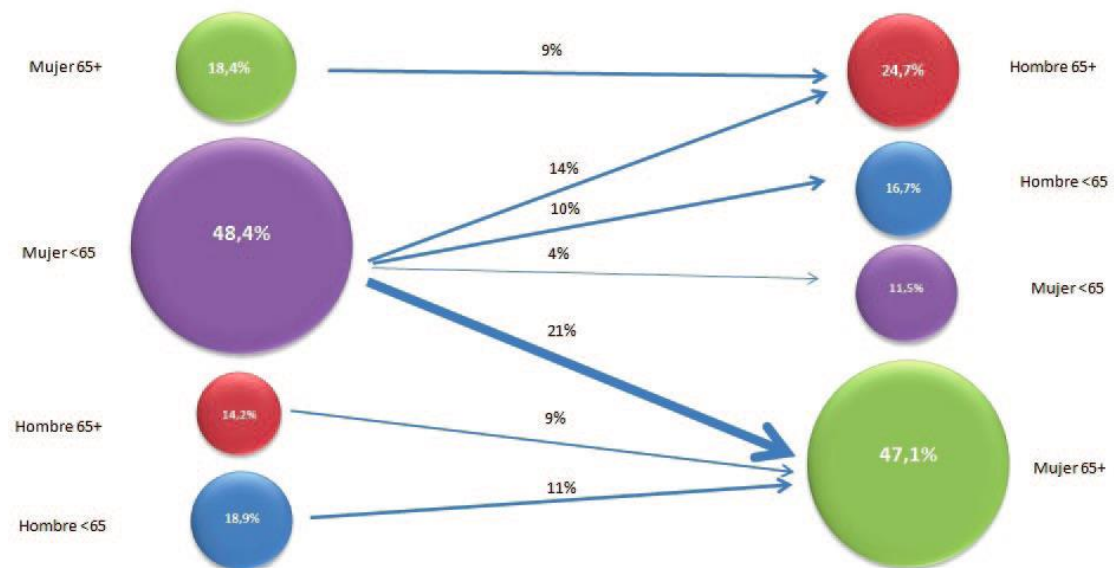
Fuente: Elaborado por Abellán García *et al.* 2018 a partir de INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), 2008.
En: Abellán García *et al.* 2018, p. 25

Figura 13 - Determinantes de Salud en Navarra. ENS 2011/2012

	Total	Hombres	Mujeres
Fumadores diarios	23,3%	25%	21,5%
Sedentarismo	32,3%	24,8%	39,7%
Sobrepeso	38,2%	46,5%	30,3%
Obesidad	11,2%	12,7%	9,7%
Consumo intensivo de alcohol*	3,4%	5,9%	0,9%
Consumo de riesgo de alcohol **	1,7%	2,5%	0,9%
Consumo fruta fresca***	82,5%	80,9%	84,2%
Consumo verdura, ensalada y hortaliza***	91,6%	9%	93,4%
Nivel medio de estrés laboral****	4	4,2	3,8
Cuidado en solitario de alguna persona con alguna limitación	34,6%	16,6%	49,4%

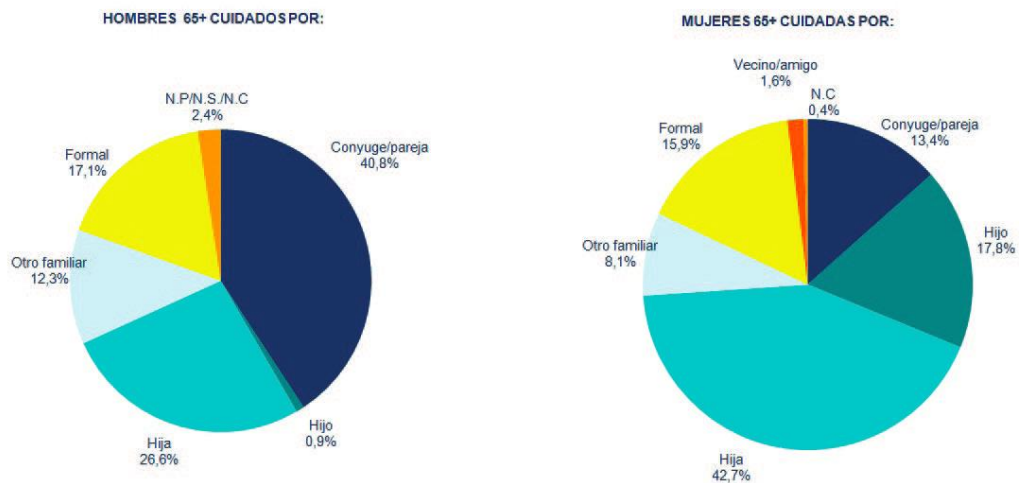
Fuente: Plan de Salud Navarra, 2014-2020, p.39

Figura 14 - Patrones de cuidado informal (en volumen). Quién cuida a quién, 2014



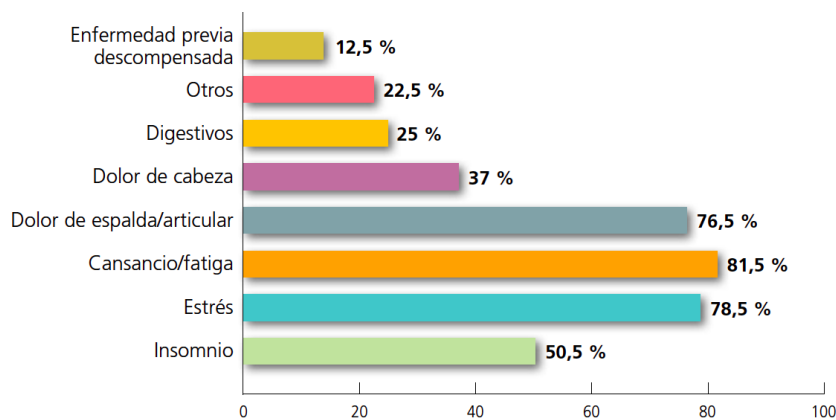
Fuente: Elaborado por Abellán García *et al.* 2018 a partir de CIS (2014): Estudio 3.009.

Figura 15 - Distribución porcentual de cuidadores por sexo de las personas de 65 y más años, 2014



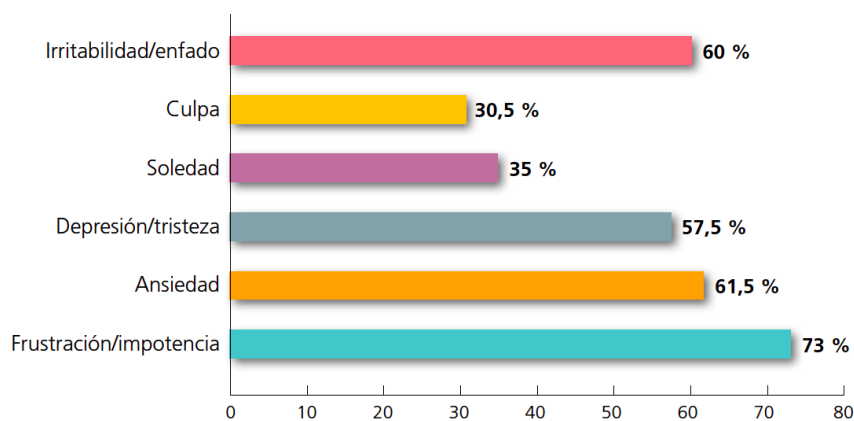
Fuente: Elaborado por Abellán García *et al.* 2018 a partir de CIS (2014): Estudio 3.009. Cuidados a dependientes.

Figura 16 - Problemas de salud percibidos por las personas cuidadoras como consecuencia del cuidar



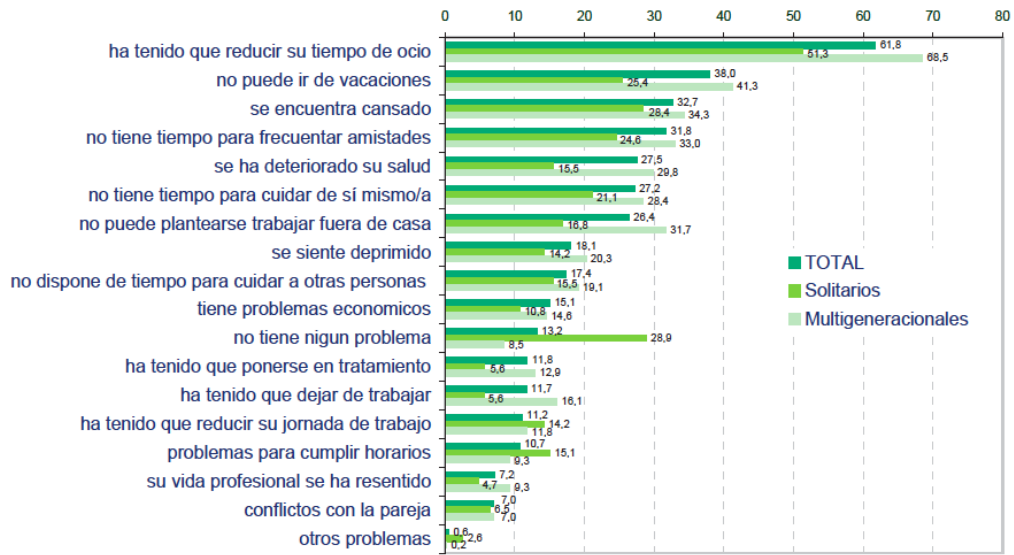
Fuente: Resultados de encuesta realizada a cuidadores informales en el estudio CuidadorES, (Aratza Artabe *et al.* 2016, p.18)

Figura 17 - Problemas de salud mental percibidos por las personas cuidadoras como consecuencia del cuidar



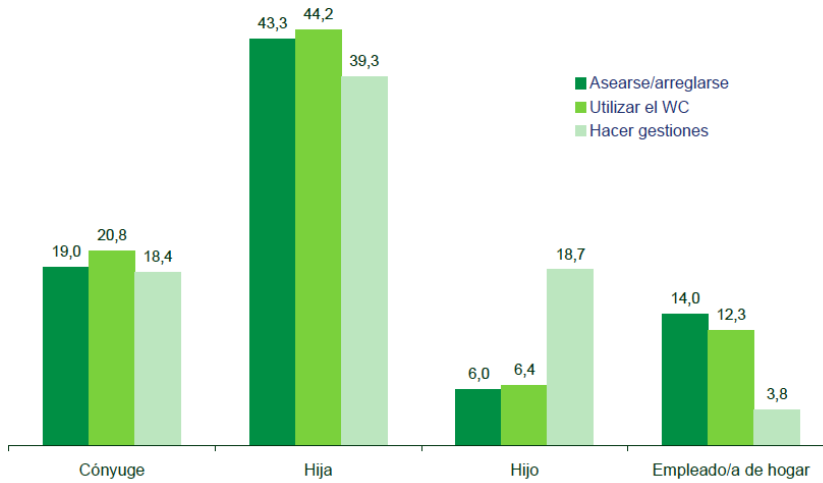
Fuente: Resultados de encuesta realizada a cuidadores informales en el estudio CuidadorES, (Aratza Artabe *et al.* 2016, p.20)

Figura 18 - Consecuencias de la carga de cuidado entre los cuidadores



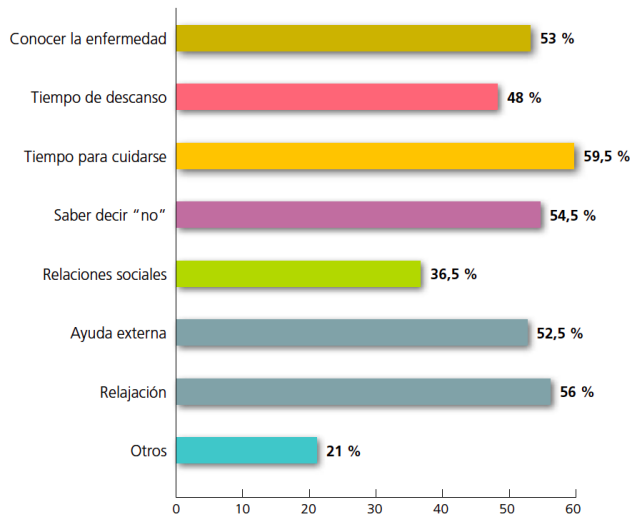
Fuente: IMSERSO: Encuesta de ayuda informal, 2004
En (Abellán García & Esparza Catalán, 2009, p. 13)

Figura 19 - Persona que cuida según naturaleza de algunos tipos de tareas



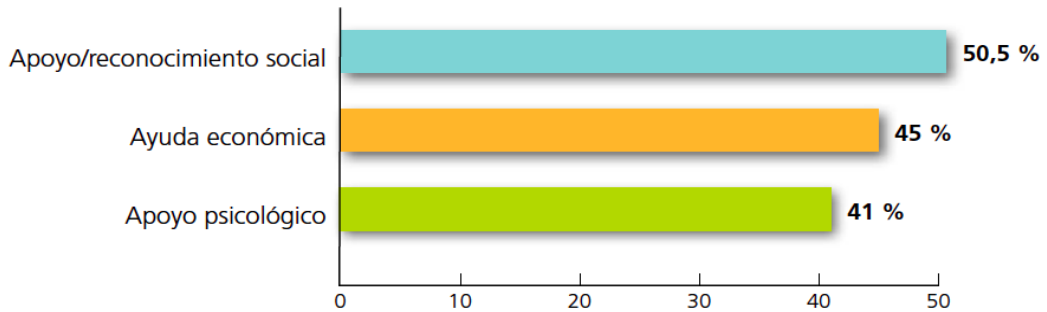
Fuente: IMSERSO-CIS. Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores, 2006. Estudio 2.647
En (Abellán García & Esparza Catalán, 2009, p. 14)

Figura 20 - Actividades relevantes para los cuidadores que podrían disminuir el impacto psicológico del cuidado



Fuente: Resultados de encuesta realizada a cuidadores informales en el estudio CuidadorES, (Aratza Artabe *et al.* 2016, p.21)

Figura 21 - Principales necesidades percibidas por los cuidadores



Fuente: Resultados de encuesta realizada a cuidadores informales en el estudio CuidadorES, (Aratza Artabe *et al.* 2016, p.22)

ANEXO II: IMÁGENES

Imagen 5 - Folleto curso "El Trabajo de Cuidar" 2014



Ayuntamiento de Barañáin
Barañáingo Udala

Servicio de Inmigración
Immigrazio Zerbitzua

CURSO "EL TRABAJO DE CUIDAR"

OBJETIVOS:

- Apoyar programas de prevención y educación para la salud.
- Adaptar los sistemas de información sanitaria del municipio a la población inmigrante.

ACTIVIDAD:

Curso de formación destinado a la población que trabaja o desea trabajar en el cuidado de personas en domicilio.

- Contenido:

- Sesión 1: La experiencia de cuidar: dependencia-autonomía. 17 octubre..
- Sesión 2: Higiene, cuidado de piel y movilizaciones. 24 octubre.
- Sesión 3: Alimentación. 31 de octubre.
- Sesión 4: Abordaje de la demencia. 7 noviembre..
- Sesión 5: Derechos y deberes de la trabajadora del Servicio Doméstico. Taller, Búsqueda activa de empleo. 14 noviembre.
- Sesión 6: Empoderamiento. Evaluación, despedida. 21 noviembre.

- Fecha: Del 17 de Octubre al 21 de Noviembre.

- Horario: Viernes de 9:30 a 12:30 horas.

- Lugar: Sala de usos múltiples de la Biblioteca de Barañáin. Lur Gorri 13-14. Barañáin.

- Inscripciones: Hasta el Viernes, 10 de Octubre, en el Servicio de Inmigración, Área de Igualdad del Ayuntamiento y en la Trabajadora Social de los Centros de Salud.

Fuente: folleto entregado por Trabajadora Social del C.S. Txantrea en entrevista personal, abril 2019

Imagen 6 - Recurso de educación para la salud "Cuidar y cuidarse"



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	pág. 5
CUIDAR HOY	
<i>La experiencia de cuidar</i>	págs. 6-7
<i>Cuidar en esta sociedad</i>	págs. 8-9
<i>La persona cuidada</i>	págs. 10-11
AFRONTAR LA SITUACIÓN	
<i>El comienzo</i>	págs. 12-13
<i>Cuidar y cuidarse</i>	págs. 14-15
<i>Tomar decisiones y comunicarse</i>	págs. 16-17
CUIDAR	
<i>Relacionarse con la persona cuidada</i>	págs. 18-19
<i>Cuidados personales y sanitarios</i>	págs. 20-21
<i>Cuidados emocionales y de las relaciones</i>	págs. 22-23
<i>Cuidado del ambiente</i>	págs. 24-25
CUIDARSE	
<i>Emociones y sentimientos</i>	págs. 26-27
<i>La propia vida</i>	págs. 28-29
<i>Vida sana</i>	págs. 30-31
<i>Compartir cuidados</i>	págs. 32-33
Algunas asociaciones de ayuda	págs. 34-35
NOTAS	págs. 36-39

Fuente: Navarra.es <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E51DCA7A-E907-410B-B82B-36541DBD6ED5/368141/FolletoCUIDARCUIDARSE2016.pdf>