

GÉNERO Y ESTADO DE BIENESTAR: LA FEMINIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA ¹

Muñoz González, Beatriz
Departamento de Dirección de Empresas y Sociología
Universidad de Extremadura
bmunoz@unex.es

López Ramos, Víctor
Departamento de Psicología y Antropología
Universidad de Extremadura
vmlopez@unex.es

RESUMEN

Los sistemas sanitarios han asumido de manera tradicional gran parte del coste de la atención sanitaria mediante sistemas de cobertura universal financiados con impuestos o cotizaciones de la Seguridad Social y, de manera indirecta, una parte de los cuidados personales. A su vez, los cuidados personales son, sobre todo en los países del Sur de Europa, responsabilidad de la familia y, en particular, de la mujer. La naturaleza familiar de los cuidados personales ha sido una característica básica de la mayoría de los sistemas de cuidados personales. El presente trabajo presenta algunos de las conclusiones de una investigación sobre la dependencia en municipios extremeños de menos de 5000 habitantes, en concreto, las relativas al perfil de las personas cuidadoras. La investigación pone de manifiesto su feminización que se enmarca en un modelo asistencial familiarista que refuerza los roles tradicionales de mujeres y hombres en el hogar.

PALABRAS CLAVE

Estado de bienestar, modelo asistencial, feminización de la dependencia

¹ Este trabajo es resultado del proyecto de investigación *Personas mayores en Extremadura. Un estudio de la dependencia en entornos rurales*, cofinanciado por la Fundación Cáser para la Dependencia y la Fundación Caja de Extremadura mediante contrato-convenio con la Universidad de Extremadura de referencia 136/10 para el periodo 2010-2011.

INTRODUCCIÓN

La situación demográfica en Europa se caracteriza por una débil fertilidad y una esperanza de vida creciente, con el consecuente y paulatino proceso de envejecimiento de su población; conforme las personas viven más tiempo en buena salud, aumenta el número de las enfermedades crónicas, factor potencial de las situaciones de dependencia. Podría decirse que el envejecimiento de la población, característico de nuestra sociedad activa, puede conducir a una situación delicada; se estima que en Europa, antes de 2030, la población en edad de trabajar se podría reducir a 280 millones, desde los actuales 303 millones. Esta evolución tiene implicaciones para el crecimiento y la sostenibilidad, no sólo de los sistemas públicos de pensiones, sino también para los servicios sociales de atención de las personas mayores (*European Comisión, 2005*).

Esta situación, junto con los nuevos modelos familiares (aumento de hogares unipersonales, mayor presencia de las mujeres fuera del hogar) y las transformaciones en las relaciones intergeneracionales incrementan la necesidad de ayuda de las personas en situación de dependencia y la consecuente intervención pública que haga patente el principio de respeto a la autonomía en unas políticas configuradas para hacer frente a una situación de riesgo social. Ya desde la OCDE, hace más de 30 años, se planteó el envejecimiento como uno de los retos prioritarios a nivel social y asistencial. Pero, además, ha ido adquiriendo un perfil más intenso en los debates sobre políticas de salud, sobre todo con vistas al 2030, momento en que las generaciones del *baby boom*, lleguen a la vejez y aumente considerablemente la demanda de cuidados a largo plazo.

Para dar respuesta a esta creciente preocupación y plantear líneas de actuación futuras encontramos diversos textos en el marco del Consejo de Europa que tratan igualmente aspectos relativos a las personas dependientes². Estos documentos recogen los acuerdos comunes de adopción de medidas recomendándose a los Gobiernos de los Estados miembros velar por la sensibilización de la opinión pública en relación a la dependencia tal como es presentada en esta recomendación; orientar las medidas políticas en este campo de acuerdo a los principios que en ella se enuncian y asegurar que su legislación tenga en cuenta los principios generales y medidas anexas a la presente recomendación o adoptar disposiciones conformes a estas reglas cuando ellos introduzcan una nueva legislación.

Podría decirse, por lo tanto, que una política en favor de las personas en situación de dependencia, o susceptibles de poder serlo, debería dirigirse a la prevención o reducción de la dependencia, impidiendo su agravamiento y atenuando sus consecuencias; a la ayuda a las personas dependientes para llevar una vida según sus propias necesidades y deseos y, finalmente, a proporcionar una protección suplementaria a las personas dependientes, bien sea por la concesión de una prestación, por el acceso a los servicios existentes, o por la creación de servicios apropiados, tales como los servicios de ayudas familiares o el acceso a ayudas técnicas concretas.

² Documentos tales como la *Recomendación N R (87) 22* del Comité de Ministros sobre la detección y atención de las personas mayores, la *Recomendación N R (90) 22* del Comité de Ministros sobre la protección de la salud mental de ciertos grupos vulnerables de la sociedad, la *Recomendación N R (91) 2* del Comité de Ministros relativa a la Seguridad Social de los trabajadores sin estatuto profesional (los cuidadores las personas en el hogar con responsabilidades familiares y los voluntarios), la *Recomendación N R (92) 6* del Comité de Ministros relativa a una política coherente para las personas minusválidas y la *Recomendación N R (84) 24* del Comité de Ministros sobre la contribución de la Seguridad Social a las medidas preventivas.

Con esta finalidad los poderes públicos deberán llevar a cabo una política inclusiva enfocada a la colaboración entre las personas en situación de dependencia, las personas cuidadoras y las organizaciones que trabajan en este campo, a fin de asegurarles la asistencia y las ayudas necesarias. Para ello, los Estados miembros deben desarrollar a través de los sistemas de protección social medidas preventivas, de detección y de diagnóstico precoz que pueden derivar a la dependencia y aplicar un sistema de prestaciones en los casos en los que sea necesario

LA PROTECCIÓN SOCIAL EN EUROPA

A pesar de estos objetivos comunes entre los países miembros, los servicios sanitarios, tanto comunitarios como educativos (ámbitos a los que se vienen vinculando las medidas de dependencia) presentan llamativas diferencias. Esta disparidad en el enfoque de las estrategias de actuación es reflejo de los distintos modelos de bienestar presentes en cada país, lo que a su vez es fruto de su evolución histórica, su cultura, su desarrollo económico, sus valores y su religión³. La amplia disparidad europea a la hora de afrontar la atención a los dependientes es fiel reflejo de los diferentes modelos de bienestar presentes en cada país, lo que a su vez tiene su origen en la propia evolución histórica europea, (Rostgaard, 2002). Por esta razón, la UE presenta en la actualidad diferentes agentes proveedores de los servicios de atención a las diferentes situaciones de dependencia: el sector público, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales (ONGs). Los países europeos han desarrollado sus sistemas de bienestar y provisión de cuidados a las personas dependientes, en función de su propia tradición en la provisión de prestaciones sociales. Es por ello que se detecta en la UE una ausencia tanto de convergencia como de armonización en la atención y protección a las personas en situación de dependencia.

El tratamiento de la dependencia ha sido afrontado desde diferentes puntos de vista en los países europeos, generando un aumento de relevancia en el debate político y social. Habiéndose puesto de manifiesto la importancia social de las situaciones de dependencia y las medidas, las actuaciones difieren de unos países a otros, a pesar de contemplar, todos ellos, los objetivos y recomendaciones del Libro Blanco de la Dependencia y de la Comisión sobre protección social en Europa que desde 1998 analizan las tendencias de los cuidados de larga duración y las últimas directrices observadas en los Estados Miembros atendiendo a los objetivos comunes que se definen a continuación:

- Un aumento de la demanda y de la necesidad de servicios de atención a la infancia conforme crece la tasa de incorporación de la mujer al mercado de trabajo.
- Un aumento de la demanda y de la necesidad de asistencia a las personas mayores debido a factores demográficos.
- Una necesidad de nuevos servicios que respondan a nuevos retos de la sociedad.
- Unas mayores expectativas de calidad de los servicios por parte de ciudadanos y usuarios.
- La contención de costos en que estas distintas necesidades y demandas deben enmarcarse.

Sin embargo, a pesar de estar de acuerdo en los objetivos, los puntos de partida son bien distintos. Es indudable que, tal como comentábamos en la introducción, estas diferencias son producto de los distintos diseños de protección social observando divergencias en:

³ En este proceso histórico, social, cultural y económico, no debe olvidarse el sistema sexo-género, más acentuado en algunas sociedades que, como se verá más adelante, es fundamental para poder entender la feminización de la atención a la dependencia pues se enraíza directamente en los roles diferenciales de mujeres y hombres en el hogar y la familia.

- Las desiguales tradiciones de sistemas de bienestar social.
- Los distintos mecanismos y sistemas de financiación.
- Los diferentes entornos macroeconómicos y las diversas circunstancias laborales actuales.
- Las distintas distribuciones de las competencias y responsabilidades gubernamentales.
- Los diversos canales tradicionales de prestación.

Entre los países europeos no se ha dado un proceso de convergencia hacia un único modelo de bienestar. En el ámbito de los sistemas asistenciales, cada país enfoca a su manera la financiación y la estructuración del mercado. A pesar de ello, pueden parecerse más o menos en algunos aspectos, lo que ha llevado a la definición de tipologías de modelos de bienestar. En palabras de Rostgaard “lejos de ir en una sola dirección, cada país parece desarrollar sus servicios sociales de acuerdo con su propia tradición de provisión asistencial” (*ibid*: 2002). Atendiendo a estas diferencias, la clasificación de países, compartida por la mayoría de los documentos oficiales, nos presenta una tipología de modelos de la atención a las personas en situación de dependencia.

MODELOS DE PROTECCIÓN UNIVERSAL

Países nórdicos (Suecia, Finlandia y Dinamarca) y Holanda, con alguna variante en Reino Unido e Irlanda. Países con alta presión fiscal, con el mayor gasto social de la UE y con una trayectoria de más de cinco décadas desarrollando servicios sociales, sanitarios y cuidados de larga duración. Su gasto en dependencia supera el 2,3% del PIB. Facilitan protección universal para todos los ciudadanos y financiación mediante impuestos. Su población con más de 65 años representa más del 18%, mientras que el 4% tiene más de 80 años. El porcentaje de población que vive sola es alto y creciente, en torno al 70% de la población mayor de 70 años. El tratamiento que dan a la dependencia es una prolongación de la necesidad de atender necesidades básicas sanitarias y educativas.

Sus principales características son:

- Tiene su base en los derechos de ciudadanía general, si se es ciudadano, se posee el derecho.
- La cobertura es universal. Los recursos solo determinan la participación del beneficiario en el pago del servicio.
- El sistema es de prestación de servicios, ya que disminuye la tendencia de los cuidados informales en el entorno familiar.
- Se trata de un modelo fundamentalmente público, aunque cada vez es más común la introducción de servicios privados.
- La financiación es de carácter impositivo.
- La municipalización es creciente.
- Se trata, en general, de un modelo de alto coste, dedicándose un elevado porcentaje del PIB.

La organización de la atención a las situaciones de dependencia se desarrolla, en general, a través de:

- Instituciones de cuidados de larga duración: hogares residenciales y residencias de asistidos (“médicas”)
- Servicios domiciliarios: ayuda doméstica, enfermería de distrito, comidas a domicilio y trabajo social coordinado y gestionado por las autoridades locales financiado a través de impuestos.

MODELO BISMARKIANO, O DE PROTECCIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.

Se sostiene mediante prestaciones que tienen su origen en cotizaciones. Países centroeuropeos, vigente en Alemania, Francia, Austria, Bélgica y Luxemburgo. Estados con un gran desarrollo de su sistema de protección social, con niveles de presión fiscal superior o en torno a la media de la UE y un gasto social también superior a la media comunitaria. Su gasto en dependencia es superior al 1,5% del PIB. Toda la protección social a la dependencia, su gestión y financiación, se sitúa en el ámbito de la Seguridad Social. Proyectan un aumento de la promoción de servicios de ayuda domiciliar para reducir el recurso a tratamientos institucionales costosos y de larga duración, así, una gran parte del aumento de la presión sobre los gastos de asistencia sanitaria debe imputarse al envejecimiento de la población (Comisión Europea, 2002).

Sus principales características son:

- La dependencia tienen la categoría de derecho subjetivo.
- La dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad de los que se derivan prestaciones monetarias de diferente cuantía o servicios de diferente intensidad o duración.
- Existe la opción de elegir entre servicios y/o prestaciones.
- Se financian fundamentalmente con cotizaciones de la seguridad social y en algunos casos vía impuestos.
- Las prestaciones no cubren la totalidad del coste por lo que el beneficiario siempre participa en la financiación.
- Se contemplan también ayudas para el cuidador.

La organización de la atención a las situaciones de dependencia se desarrolla, en general, a través de:

- En lo relativo al usuario: ayudas monetarias, servicios de asistencia y atención en función de los grados.
- En lo que respecta al cuidador: seguro de accidentes, cotización pensión, 4 semanas de vacaciones y adaptación vivienda.

MODELO ASISTENCIAL.

Desarrollado fundamentalmente para poblaciones carentes de recursos. Países del Sur de Europa (Italia, Grecia, Portugal y España). Estados con escaso desarrollo de servicios sociales y con una presión y gasto fiscal por debajo de la media de la UE. Su gasto en dependencia es muy inferior a la media europea, en torno al 1,2% del PIB, a excepción de Italia que gira en torno al 0,7%. Se configura como un sistema público. Se financia mediante impuestos. Su cobertura es limitada, satisface las necesidades de los ciudadanos en una situación de dependencia con insuficiencia de recursos económicos. Por tanto, su alcance es reducido y la financiación de los usuarios, en mayor o menor medida, es obligada.

Sus principales características son:

- Las ONG's (fundamentalmente religiosas) tienen un peso importante en el funcionamiento.
- La mayor parte del cuidado recae en las familias y especialmente en las mujeres.
- Sólo pueden ser beneficiarios las personas que carecen de recursos.
- Presentan un importante retraso en comparación con los sistemas de protección universal
- Los servicios se gestionan, en su mayoría, desde la iniciativa privada.

La organización de la atención a las situaciones de dependencia se desarrolla, en general, a través de:

- Prestaciones económicas para algunas modalidades de necesidades de cuidados de larga duración (gran invalidez, accidentes, personas con discapacidades graves, etc.)
- Las características de cada modelo presentan estructuras y dinámicas diferentes en lo que al diseño y gestión de la dependencia se refiere.

	MODELO DE PROTECCIÓN UNIVERSAL	MODELO SEGURO OBLIGATORIO (o Protección a través de la <i>Seguridad social</i>)	MODELO PRESTACIONES SOCIALES
Países	Suecia, Finlandia, Dinamarca y Holanda	Alemania, Francia, Austria, Luxemburgo y Bélgica	España , Grecia, Italia, Portugal
Característica	Derecho universal Apoya y sustituye a la familia cuidadora	Derecho subjetivo	Sistema asistencial
Financiación	Servicios sociales y ayudas técnicas	Servicios y prestaciones monetarias. Ayudas técnicas	Regional y municipal
Recaudación	Impuestos generales y locales	Cotizaciones a la Seguridad Social e impuestos	Impuestos generales, copago para los que excedan de un nivel de renta. Prestaciones monetarias, servicios sociales y ayudas técnicas
Redes de gestión	Ayuntamientos y creciente importancia de las empresas	ONG y empresas. Papel residual de los Ayuntamientos (Alemania) Amplio apoyo al cuidador informal	Ayuntamientos, ONGs, creciente importancia de las empresas
Carencias comparativas			Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual

Cuadro 1. Modelos de protección en Europa. Tipos Ideales

	MODELO ANGLOSAJÓN	MODELO EUROPA DEL ESTE
Países	UK, Irlanda	Países del este
Característica	Protección asistencial en servicios sociales Servicios y ayudas monetarias, ayudas técnicas	Derecho asistencial limitado en atención sanitaria. Protección asistencial en servicios sociales
Financiación	Impuestos generales y locales	Impuestos y copago
Recaudación	Impuestos y copago para los que excedan del nivel de renta	
Redes de gestión	Empresas, ONGs y Ayuntamientos	ONGs y Ayuntamientos
Carencias comparativas		Sistema residual de servicios sociales y ayudas monetarias

Cuadro 2: Modelos mixtos de protección en Europa.

Es destacable que tanto en aquellos países que cuentan con sistemas de acceso universal como en aquellos otros con esquemas de carácter selectivo, los usuarios de los servicios públicos destinados a personas en situación de dependencia (servicios de atención a domicilio, centros de día, residencias, etc.) participan con sus aportaciones en la financiación de los mismos. Esta cofinanciación viene avalada, desde una perspectiva teórica, por la evidencia a favor de la necesidad de la consecución de un cierto reequilibrio intergeneracional en los programas de gasto público, así como el logro de un balance asistencial más eficiente. Así, en el debate político se apunta al desarrollo de un esquema de copago que complemente la financiación del sistema realizada mediante impuestos generales.

Esta pluralidad de modelos tiene especial interés a la hora de explicar las diferencias en la financiación de los recursos necesarios para cubrir las necesidades de la población mayor, básicamente las de tipo sanitario y cuidados personales. A pesar de que la tendencia común de todos los países es a aumentar el gasto socio-sanitario, se observan diferencias representativas⁴.

⁴ Para una información más detallada basta consultar el *Libro Blanco de Atención a la Dependencia de Personas Mayores en España*. Puede comprobarse que el gasto en cuidados de larga duración oscila entre el 10% y el 37% del gasto socio-sanitario total. Centrándonos en el porcentaje de gasto del PIB, se observa que el gasto medio ponderado en cuidados de larga duración alcanza el 1,3% del PIB desde el máximo de Dinamarca (3,0%) al mínimo de Irlanda, Italia y Austria (0,7%). España, Portugal y Grecia (sin datos de cuidados de larga duración) están por debajo de estos porcentajes.

EL PAPEL DE LA MUJER EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LOS MUNICIPIOS RURALES DE EXTREMADURA

Como se ha visto en las líneas anteriores, los sistemas sanitarios han asumido de manera tradicional gran parte del coste de la atención sanitaria mediante sistemas de cobertura universal financiados con impuestos o cotizaciones de la Seguridad Social y, de manera indirecta, una parte de los cuidados personales. A su vez, los cuidados personales son, sobre todo en los países del Sur de Europa, responsabilidad de la familia y, en particular, de la mujer. La naturaleza familiar de los cuidados personales ha sido una característica básica de la mayoría de los sistemas de cuidados personales, a excepción de los modelos nórdicos y Holanda. Los datos de las investigaciones que se están realizando en la actualidad así lo demuestran.

En el caso concreto de la investigación “Personas mayores en Extremadura. Un estudio de la dependencia en entornos rurales,” en los municipios de menos de 5000 habitantes de esta comunidad autónoma, se encuentra el reflejo a nivel local de esta realidad. Aunque se trata de datos de un ámbito territorial y demográfico específico, si consideramos que en España el 83,8% son municipios de similares características, el estudio realizado puede suponer el punto de partida para la aproximación a un conocimiento global.

Los datos obtenidos en este estudio ponen de manifiesto la tendencia actual en los países propios de modelos de protección social asistenciales: el alto grado de apoyo informal que representan las familias de la población dependiente, sobre todo las mujeres. El perfil sociológico podría resumirse de la siguiente manera:

- En Extremadura, en los municipios de menos de 5000 habitantes, encontramos que el 87% de la población cuidadora, es mujer cuya edad mayoritariamente oscila entre 41 y 51 años. La relación de la cuidadora con la persona cuidada proviene de lazos sanguíneos, generalmente los padres y en concreto en un 40% la madre.

- Se trata de una dedicación de gran magnitud que demanda una media de más 5 horas diarias, una carga que, evidentemente, solo puede ser asumida por personas que carecen o renuncian a la incorporación al mercado laboral. Esta dedicación indudablemente depende de la intensidad y el periodo de duración de los cuidados. Sin embargo considerando el perfil de las personas en situación de dependencia en estos municipios extremeños, que en más de un 90% tiene una duración superior a los 12 meses, es lógico pensar que se convertirá en una situación crónica y de intensidad creciente, por las patologías que generan la situación de dependencia.

- En concordancia con la situación que acabamos de describir, el 67% de las personas cuidadoras declaró no trabajar fuera de casa. Dato significativo si además se relaciona con otro elemento característico de más de la mitad de la población cuidadora: un nivel de estudios bajo o básico. Efectivamente. El 52,2% declara tener estudios básicos y un 18,7% no tener ninguno.

No obstante, los datos estadísticos no son suficientes para poder valorar, en su dimensión real, el trabajo que realizan las cuidadoras de las personas en situación de dependencia, aunque sí ponen de manifiesto la desmedida cantidad de horas que las personas cuidadoras dedican a la atención de sus mayores. Es por ello que una parte importante de este estudio ha consistido en obtener, a través de entrevistas semi-estructuradas, relatos y testimonios de mujeres con los que valorar no solo la cantidad del trabajo, sino también la cualidad del mismo. Estos relatos constituyen una fuente inestimable de información que permite hacerse una idea muy certera de cómo sus vidas cotidianas se han visto modificadas con el aparición de la situación de

dependencia del familiar; de la ruptura que ha supuesto en sus vidas esta situación; de la voracidad y complejidad de los trabajos de cuidados; de los conflictos que se han suscitado. En definitiva, de sus condiciones materiales y sociales de existencia.

Resaltamos a continuación las conclusiones más relevantes:

- La atención a la dependencia como “institución voraz”⁵: Así entendida, la familia y en concreto la atención a las personas en situación de dependencia, requeriría de una total lealtad y dedicación por parte de las cuidadoras puesto que, como se verá a continuación, implica un trabajo a tiempo completo con unas características que lo convierten en absorbente.

- Uno de los rasgos diferenciales de los trabajos de atención a la dependencia es su condición de trabajo a tiempo completo, puesto que carece de un horario fijo. La atención a mayores se prolonga de manera constante a lo largo del día y, en ocasiones, no parece dar tregua al descanso nocturno.

- La carencia de tiempo propio para el descanso, para el ocio y para la realización de actividades cotidianas como pueden ser las del cuidado personal, es una constante en los testimonios recogidos.

- De todo lo anterior, se deduce el carácter estructurante de la situación de dependencia, pues define y orienta la vida familiar y, muy especialmente, la de las mujeres. Marca ritmos, espacios, velocidad, actividades y también las relaciones intra-familiares y extra-familiares. Se presenta como el elemento alrededor del cual gira toda la convivencia.

- La consecuencia de todo ello resulta ser la vivencia estresante de la dependencia. Todas las mujeres entrevistadas identificaron la atención a la persona dependiente con el estrés. No sólo se habla del cansancio físico, el mental, con frecuencia, genera mayor malestar.

- A la falta de ayuda familiar y a la naturaleza propia de estas actividades de cuidado, se suma un rasgo que facilita extraordinariamente la comprensión de la situación de estrés compartida por las mujeres entrevistadas: el aislamiento social.

- Cuando se produce la situación de dependencia ésta provoca, a su vez, un punto de inflexión en la vida de las cuidadoras. Para muchas de las mujeres entrevistadas ha supuesto en sus biografías personales, un abandono de proyectos propios (dejar su puesto de trabajo, cambiar de residencia y localidad son algunos de los ejemplos)

Estos datos sirven para confirmar las investigaciones sobre distribución de actividades y tiempos en el hogar que ponen de manifiesto que “cuidar a los demás es, de hecho, un componente básico en la construcción social del género” (Comas, 2000:188). Todos los trabajos vienen a señalar que, aunque las diferencias en la realización de tareas entre mujeres y hombres dentro del hogar se vayan suavizando, la realidad sigue siendo que aquellas relativas al cuidado de “los otros” son asumidas abrumadoramente por las mujeres, habiéndose producido pocos cambios en este aspecto⁶ (*Ibid*:188). Nadie duda de las importantes consecuencias que esta realidad

⁵ Coser (1985) utiliza el término “instituciones voraces” para designar aquellas instituciones y grupos que demandan una lealtad total, que requieran un compromiso continuado que abarca el tiempo que en otra situación se dedicaría al ocio. Como ejemplos señala la Iglesia para los sacerdotes, las comunidades utópicas para sus miembros y la familia para muchas mujeres.

⁶ Para una descripción y análisis detallado de las tareas domésticas nos referimos al trabajo de M^a Ágeles Durán De *puertas adentro* precursor de los estudios sobre amas de casa y, a nuestro juicio, el más completo y detallado.

tiene para la identidad y las actividades de las mujeres. De hecho, los relatos biográficos obtenidos a través de las entrevistas, ponen de manifiesto un perfil de persona en donde los cuidados han sido una constante en sus trayectorias vitales, reforzando la ideal de que el rol de cuidadora define la identidad de la mujer.

Efectivamente. El cuidado de la salud es una ocupación fundamentalmente femenina (Durán, 1988)⁷ y podría decirse que, desde un punto de vista cultural, esta labor asistencial consta de algo más que de un mero componente afectivo⁸. Tal y como señala Comas (2000:189) “está impregnada de un elevado contenido moral pues forma parte de las obligaciones que se derivan del parentesco” y en las cuales la pervivencia de modelos diferenciales de género son una realidad. Ser mujer conlleva “naturalmente” el rol de cuidadora, y de la posición social de la mujer se derivan las obligaciones de atender a los mayores.

CONCLUSIONES

La feminización de las dependencia desde la perspectiva de las personas cuidadoras es una realidad que todas las investigaciones que se están llevando a cabo, evidencian, sea cual sea su ámbito territorial y/o administrativo. A pesar de los cambios sociales, no cabe duda de que las tareas de cuidado siguen siendo, en el ámbito informal de la familia, responsabilidad de sus mujeres. Esta realidad, solo es comprensible cuando se considera la simultaneidad de dos elementos: por un lado el modelo asistencial de estado de bienestar, propio de los países del sur de Europa que, como se ha expuesto, hace recaer la responsabilidad en las familias; y, por otro, la pervivencia de roles de género en las familias. Podría decirse que, de alguna manera, este modelo asistencial refuerza estos roles destinando a las mujeres a la realización de tareas cuya naturaleza es voraz y por lo tanto, las excluye del mercado de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Comas, D. (2000): “Mujeres, familia y Estado de Bienestar” en T. Del Valle (ed.), *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*, Barcelona, Ariel, pp. 187-204.

Consejo de Europa: *Recomendación n° 84 (24)* del Comité de Ministros sobre la contribución de la Seguridad Social a las medidas preventivas

Consejo de Europa: *Recomendación n° 87 (22)* del Comité de Ministros sobre la detección y atención de las personas mayores

⁷ Su estudio revela que la posición de la enferma en el ciclo vital y su edad son factores importantes en relación con el tipo de ayudas familiares que se esperan. Así, por ejemplo, las viudas citan en primer lugar a sus hijas – un 48%, frente a un 11% a sus hijos - y las solteras a sus hermanas – un 37% -. Las más jóvenes recurren preferentemente a sus padres y en concreto cuatro veces más a la madre que a la suegra (Durán, 1988: 97).

⁸ Marga, una mujer colombiana que ha trabajado como cuidadora formal pero que ha estado cuidando a su suegro y a su marido se refiere a este componente afectivo al señalar que “Y lo he hecho sin dinero y con dinero. Porque a ver, porque yo digo que todos vamos para menos, ¿me entiende?, y así como a mí me gustaría que me trataran cuando yo esté en esa edad, hombre a mí me da mucha pena, mucho pesar los ancianos más que cualquier otro enfermo, porque necesitan mucho cariño, necesitan que conversen con ellos y ellos se sientan importantes, que se sientan incluidos como un miembro más”

Consejo de Europa: *Recomendación nº 90 (22)* del Comité de Ministros sobre la protección de la salud mental de ciertos grupos vulnerables de la sociedad

Consejo de Europa: *Recomendación nº 91 (2)* del Comité de Ministros relativa a la Seguridad Social de los trabajadores sin estatuto profesional (los cuidadores las personas en el hogar con responsabilidades familiares y los voluntarios)

Consejo de Europa: *Recomendación nº 92 (6) 6* del Comité de Ministros relativa a una política coherente para las personas minusválidas

Consejo de Europa: *Recomendación nº 98 (9)* del Comité de Ministros, relativa a la Dependencia

Consejo de Europa: *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* (2000/C 364/01)

Coser, L. (1985): *Las instituciones voraces*, México, F.C.E.

Durán, M.A. (1988): *De puertas adentro*, Madrid, Instituto de la Mujer.

IMSERSO (2004): *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia*. http://www.imserso.es/dependencia_01/documentacion/documentos_de_interes/documentos_clave/libro_blanco/index.htm (Consultado el 7/03/2011)

Rostgaade, T. (2002): *Care services for children and other dependent people*, European Union Presidency Conference, Elsinore, 26-26 de noviembre