

El cuidado, ¿una tarea de mujeres?

(House care: a women's job?)

Valderrama Ponce, María José
UPV/EHU. Dto. Enfermería, II. Apdo. 1599.
20080 Donostia/San Sebastián
mj.valderrama@ehu.es

BIBLID [1136-6834 (2006), 35; 373-385]

Recep.: 17.11.04
Acep.: 28.10.05

Partiendo de un hecho conocido y observable, cual es, la mayoritaria presencia de mujeres en el ámbito de la salud, en los cuidados informales y en las profesiones sanitarias; se analizan las características del cuidado informal en el entramado de las relaciones familiares, la progresiva profesionalización de dicha tarea y las causas que han podido incidir en esta continuidad.

Palabras Clave: Cuidados informales y formales. Sesgo de género. Educación. Perpetuación de roles.

Gertakari ezagun eta nabari bat oinarri harturik, hau da, emakumeak osasunaren alorrean gehiengo izatea, hala zainketa informaletan nola osasun lanbideetan, ondoko hauek aztertzen dira: zainketa informalaren ezaugarriak familia harremanen egituraren barranean, eginkizun horren profesionalizazio geroz handiagoa eta jarraitasun horretan eragina izan duten arrazoiak.

Giltza-Hitzak: Zainketa informalak eta formalak. Genero joera. Hezkuntza. Eginkizunak betikitzea.

On part d'un fait connu et observable qui est la présence majoritaire des femmes dans le domaine de la santé, dans les soins informels et dans les professions sanitaires; on analyse les caractéristiques du soin informel dans le cadre des relations familiales, la professionnalisation progressive de cette tâche et les causes qui ont pu influer dans cette continuité.

Mots Clés: Soins informels et formels. Genre. Education. Perpétuation des rôles.

“Cuando acabé de cuidar de mis hijos, debí comenzar a cuidar de mis padres. ¿Hasta cuando durará?”

(Testimonio de una “mujer anónima”)

INTRODUCCIÓN

La presencia de mujeres en el ámbito del cuidado es un hecho conocido y de fácil constatación, y conviene preguntarse el porqué. Realicé una primera aproximación a este tema en mi Tesis doctoral (Valderrama, 1999), donde se constataba que los cuidados informales de la población estudiada eran asumidos en porcentajes muy elevados (más del 90%) por mujeres. Por mi trabajo como profesora en una Escuela Universitaria de Enfermería (UPV/EHU), he podido constatar cómo a lo largo de más de 20 años de docencia, el porcentaje de alumnado femenino respecto del masculino no ha variado manteniéndose una proporción constante de 9 a 1; en cambio si se ha producido una variación en el alumnado de medicina el cual ha experimentado una progresiva feminización; actualmente, más del 75% del alumnado de medicina de la UPV/EHU son mujeres¹.

Pero no sólo es evidente la presencia femenina en el ámbito profesional, ya que en el de los cuidados informales es también evidente y masiva, es decir, el que realiza una persona no profesional, en el ámbito familiar, y este es el tema principal al que me voy a referir en este escrito.

Estas dos realidades constituyen el punto de partida de mi análisis; en este artículo se pretende profundizar sobre algunas de las características del cuidado informal mediante la puesta en evidencia de algunos de los factores en juego, como son, la explicitación de sus características, su función familiar y su valor social (así como la poca cuantificación del mismo). Así mismo se pretende evidenciar las claves que relacionan esta tarea desarrollada secularmente por las mujeres en el ámbito familiar, y su progresiva transformación en profesión², así como sobre los factores que han podido favorecer esta continuidad, en alusión principal a la enfermería.

1. Aunque estos datos se refieren al alumnado de la UPV/EHU, son similares a los de otras Universidades. Sobre la creciente feminización de las profesiones sanitarias, ver Le Fauvre, (2001).

2. A finales del siglo XIX Florence Nightingale, recogiendo la tradición de algunas ordenes religiosas que en la Europa católica realizaban tareas asistenciales en los hospitales, crea la Enfermería como profesión, en el contexto anglosajón (protestante). Esta profesión orientada al cuidado por antonomasia, ha constituido junto con la de Magisterio, las dos primeras formaciones profesionales regladas en lo que respecta al la formación profesional de las mujeres. Se puede decir que mediante estas dos formaciones, se profesionalizan dos de las tareas que han sido asumidas por las mujeres en el ámbito familiar a través de la historia, la educación de hijas e hijos –en sentido amplio-, y el cuidado de ascendientes, iguales y descendientes.

1. LA EVIDENCIA

Como ya ha quedado reflejado, resulta evidente la presencia de las mujeres en el ámbito del cuidado, tanto a nivel profesional (auxiliares, enfermeras³, así como la progresiva feminización de la profesión médica), como en el familiar, es decir, el de los cuidados informales.

Por cuidados informales se entiende aquellos desarrollados por personas, normalmente pertenecientes al ámbito familiar y/o relacional próximo de quien precisa ser cuidado. Incluye también aquellas tareas que desde un punto de vista socioprofesional se denomina como “educación para la salud”, es decir, la transmisión y educación para el desarrollo de unos hábitos de vida orientados al desarrollo sano y saludable de la prole, (en referencia a asimilación de hábitos de descanso, alimentación, aseo...). En referencia explícita al ámbito privado, las mujeres asumen y desarrollan tareas tanto de prevención como de cuidado respecto de la salud familiar⁴.

No se trata de una tarea desarrollada en exclusividad por mujeres, también existen –aunque pocos– hombres cuidadores (o que realizan tareas de cuidado), pero existe una diferente valoración y/o sanción social de estas tareas, cuando son asumidas y realizadas por una mujer o por un hombre. Así por ejemplo, se considera “normal” que sea una mujer quien asuma el cuidado de la descendencia, ya sea la madre biológica u otra mujer del entorno familiar. En cambio, no es tan frecuente que estas funciones sean asumidas por un hombre, por muy próximos que sean los vínculos que le unan con el familiar a cuidar. Tomando como ejemplo el cuidado de la descendencia, se constata que en nuestra sociedad es la madre quien históricamente ha asumido y actualmente sigue asumiendo esta función; esta situación puede ser extrapolada a cualquiera de las otras parcelas de los cuidados informales.

2. ¿POR QUÉ CUIDAN LAS MUJERES?

Para un importante colectivo de mujeres, las tareas relacionadas con el cuidado de terceras personas es vivida como una “obligación moral”, asumida tanto desde lo personal como desde lo social, y entendida desde ambas perspectivas como una tarea “natural”⁵. Pero la evidencia muestra que tam-

3. Las 2 primeras formaciones profesionales regladas para mujeres fueron las de enfermería (en el contexto anglosajón F. Nightingale en la Guerra de Crimea, 1854-1856 y en el estado, 1915) y magisterio en el estado alrededor de 1850 (Dávila, 1993)

4. Así se recoge en los trabajos realizados sobre medicina tradicional, como los de, Barriola (1979), Barandiaran (1990) y Erkoreka (1985, 1993).

5. Como señalaba una mujer,

“primero cuidé de mis hijos y a partir de los 50, cuando creía que había terminado mi dedicación a los demás y podía comenzar a cuidar de mí misma, debí cuidar de mis padres y ahora lo hago con mis nietos”.

bién hay hombres que cuidan; únicamente se pretende señalar la existencia de una diferente valoración social –en sentidos positivo y negativo– sobre ellas y ellos respecto del desarrollo de estas tareas (Canals, 1985) y el sesgo de género que esto supone. Así, lo que se considera “normal” respecto del cuidado de la descendencia, esto es, que sea asumido por la madre biológica o en su defecto, por alguna otra mujer, es así mismo extrapolable y extrapolado a las otras parcelas de los cuidados informales, (cuidado de familiares ancianos o enfermos, hermanos dependientes,...).

Del mismo modo, si por cualquier circunstancia quien asumía tareas de cuidado deja de hacerlo, la respuesta social que desencadena es diferente cuando se trata de un hombre o una mujer. Así, cuando se trata de un hombre, se considera esta decisión como normal y aparece con rapidez la disculpa social, (no sabe, no puede, sobrecarga de trabajo,...), mientras que si se trata de una mujer lo que aparece es la culpabilización en términos de sanción social, de dejación de “responsabilidades” y de coste social (de una tarea realizada hasta ese momento “gratis et amore”)⁶.

Pero, ¿por qué cuidamos las mujeres?. Recordar que tanto desde el ámbito familiar como social, las tareas de cuidar han sido secularmente consideradas como “femeninas”, realizadas en el ámbito doméstico y relacionadas con la socialización de mujeres y hombres y con la división del trabajo.

Así pues, respecto del ámbito familiar, una de sus particularidades es la de la división de las tareas que históricamente le ha caracterizado; no obstante, si bien la estructura familiar tanto en su composición, en su economía y roles, ha variado de modo importante en los últimos 50 años, las tareas del cuidado continúan recayendo sobre las mujeres, y ello sucede con independencia del grado de parentesco o amistad que les una con la persona a quien cuidan⁷ y de que su trabajo se circunscriba exclusivamente o no al ámbito doméstico. También resulta independiente de que la unidad familiar esté compuesta de sólo dos generaciones; el cuidado de los progenitores ancianos y/o dependientes es considerada como una obligación más a asumir por las hijas respecto de sus hermanos varones⁸.

Recordemos que en la realidad social de Euskal Herria, –principalmente en los contextos industriales y urbanos–, se ha pasado en algo más de tres generaciones de una organización diferencial del trabajo realizado

6. Sobre esta cuestión, es interesante y revelador el artículo de Álvarez y Aguilar (2002)

7. Sirva como ejemplo el número importante de abuelas que en la actualidad “asumen”, por diferentes razones, el cuidado de sus nietas y nietos. Considero necesario hacer una diferencia entre asumir la responsabilidad del cuidado y educación de nietas y nietos debido principalmente, una vez más, a presiones afectivo-sociales derivadas de la situación económico-social de los progenitores u otros factores, del desarrollo normal de una relación entre nietas y nietos y sus abuelas y abuelos.

8. Una situación particular y complicada es la que se da en nuestros baserris, cuando el cuidado de la pareja anciana recae sobre la nueva etxekoandre, es decir sobre la nuera.

por mujeres y hombres; así mientras el trabajo masculino se desarrollaba principalmente fuera del hogar y con una orientación hacia la provisión de recursos económicos, el femenino se circunscribía al ámbito familiar de cuidado de la descendencia, de los ancianos y enfermos (a no olvidar que las unidades familiares estaban constituidas por 3 o más generaciones). Y éste es un trabajo, a diferencia del masculino, sin horarios y sin reconocimiento económico⁹.

Pero partir de la década de los 60 del pasado siglo, se fue produciendo una progresiva incorporación de las mujeres al trabajo asalariado. No obstante, este hecho no ha incidido, por sí mismo, en la redistribución del trabajo doméstico (en tanto que trabajo no remunerado)¹⁰, muy a pesar de las importantes campañas que para promoverlo han sido realizadas desde las Instituciones, Asociaciones, Institutos de la Mujer, etc.; si consideramos su escaso éxito, es como si fueran dirigidas a cambiar lo inamovible.

Lo antedicho plantea varias cuestiones, la obligación moral que pesa sobre las mujeres y que interfiere en su toma de decisiones respecto de la asunción o no de las tareas de cuidar a terceras personas, y en consecuencia, en su capacidad de sentirse libres a la hora de planificar su vida personal y profesional. Así mismo plantea la dificultad de modificar hábitos de vida y relación relacionados con la distribución genérica de tareas y responsabilidades, fuertemente arraigados, y en consecuencia, la dificultad de compartir las tareas del cuidado de terceras personas en el contexto familiar¹¹.

3. LOS COSTES AFECTIVOS DEL CUIDADO

Otro factor a tener en cuenta es que los cuidados informales se desarrollan en el seno de la familia, y ésta constituye el grupo primario de relación para los humanos, cuya característica principal es la complejidad de las interacciones que se producen entre sus componentes. Los estudios teóricos realizados desde las ciencias humanas y sociales parten con frecuencia de lo que, a mi entender, puede ser considerado como una “comprensión idílica” y limitada de la misma, lo cual lleva a una excesiva generalización y simplificación de su realidad; ello ha desembocado en formulaciones que considero simplistas y erróneas de la familia, al obviar precisamente una de sus principales características; me refiero al aspecto afectivo/conflictivo presente siempre en la misma.

9. Conocido como “sus labores”; tal ha llegado a ser su infravaloración que muchas mujeres asociaban el trabajo únicamente con el trabajo remunerado y/o fuera del hogar, puesto que era habitual que frente a preguntas sobre su ocupación habitual y siendo amas de casa, respondieran: “no, yo no trabajo”.

10. Interesante es el caso de Finlandia (Repo, 2003), donde el coste del cuidado de ancianos y criaturas es asumido por el estado. A pesar de ello, son las mujeres quien lo siguen asumiendo, aunque en este caso sea de modo remunerado.

11. Y relacionado a su vez, con la feminización de las profesiones asistenciales.

Por añadidura, cuando ésta característica es tenida en cuenta, lo es en referencia única y exclusiva a sus aspectos positivos, caracterizándolos además como espontáneos y obviando los negativos; ¿acaso éstos no son también “espontáneos”?¹².

Tomar como punto de partida estos presupuestos, lleva a que se realicen afirmaciones como la bien conocida de que “una persona enferma y/o dependiente donde mejor está es en su casa, con su familia”, ¿pero esto es siempre cierto?, ¿y en el caso de la infancia maltratada?. Podemos hacernos la misma pregunta respecto de las personas con enfermedades crónicas, de los ancianos dependientes o de las personas con enfermedades mentales... Además ésta afirmación tiene una segunda parte: si una persona está siempre mejor en su casa, cuidada por su familia, ¿quién o quienes son esos miembros de la familia que deben asumir su cuidado?, ¿lo deben hacer libremente y por decisión propia o por “asignación”?, ¿se ha previsto alguna forma de compensar o remunerar a quien los asume?

Si hacemos un poco de introspección, estaremos de acuerdo con la afirmación de que la “familia idílica” no existe. El núcleo familiar está caracterizado por el movimiento y la expresión de los afectos, pero con demasiada frecuencia se olvida que los afectos tiene siempre una doble característica, ya que pueden ser tanto positivos (amor) como negativos (odio). En consecuencia, esta comprensión o planteamiento para mí limitado de la familia y de las relaciones afectivas que en ella se producen y manifiestan, desemboca en que sea erróneamente caracterizada como:

- El marco óptimo para el desarrollo y la socialización de la descendencia.
- Que las relaciones entre sus miembros, por ser de tipo afectivo, están regidas por el amor y el altruismo.
- Que estos sentimientos se manifiestan de forma espontánea.
- Que ofrecen a sus miembros un marco de relación y de referencia sólido, estable, etc., en el que las relaciones entre sus miembros son “naturales” y sin conflictos.
- Y que además, cuando éstos se presentan, se resuelven de modo “satisfactorio”.

Estas caracterizaciones suponen pues una referencia a los aspectos idílicos de la familia occidental, en la que las relaciones entre sus miembros sucederían de forma tranquila, “natural”, y exenta de conflictos, y cuando estos se manifiestan son resueltos de modo “satisfactorio”. Pero estas familias no existen (salvo en los anuncios de la T.V.). Contrariamente, tanto

12. No creo que esta cuestión sea producto de la negligencia, sino de la dificultad propia del análisis y reflexión sobre el tema, ya que al ser nuestro grupo socializador primario, realizar una aproximación objetiva al tema, resulta difícil y complicado.

la literatura como el cine (o la casuística recogida entre otros, por la Terapia de Familia o el Psicoanálisis), muestran infinidad de ejemplos que a lo largo de la historia han plasmado su conflictiva, a través de relatos que muestran que sus relaciones son difíciles, cuando no conflictivas, tortuosas,... y esta realidad ha sido recogida desde la antigüedad, tanto en la tragedia griega, en la literatura y en el cine, hasta los últimos títulos de nuestras carteleras (los hoy denominados como “dramas psicológicos”). Entiendo que lo antedicho puede ser considerado como característico del “mito familiar occidental”¹³. Contrariamente, la literatura, la historia y nuestras propias historias familiares aportan evidencias variadas sobre historias familiares en las que el movimiento de afectos, la relaciones conflictivas o tumultuosas son patentes y manifiestas¹⁴.

En este ámbito pues, donde las relaciones entre sus miembros están fuertemente marcadas por el afecto, el hecho de asumir o no las tareas del cuidado entra en resonancia con lo que se puede considerar como un “compromiso moral” socialmente determinado; me refiero al “compromiso implícito” que la sociedad deposita en las mujeres para que las asuman. En este sentido no se puede olvidar que todo compromiso se encuentra ligado a una posible sanción, que en este caso es afectiva y social, la cual se produce cuando el mencionado “compromiso impuesto” deja de ser asumido, o es asumido de algún otro modo diferente al que familia y sociedad hayan previamente dictaminado; y esto con independencia de las causas que lo motiven. Ello plantea interrogantes sobre su hipotética voluntariedad respecto de la asunción de esta tarea.

Si bien en nuestro contexto sociocultural y hasta bien entrado el siglo XX, el cuidado de la salud se asentaba mayoritariamente sobre este primer nivel de atención, es decir, por la familia¹⁵; en la actualidad, debido a las modificaciones producidas en la estructura familiar y al desarrollo de políticas sociosanitarias, estas tareas asistenciales son asumidas en buena parte por los y las profesionales de este sector, bien los de la medicina privada o de la pública y tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, así como desde otras instancias asistenciales. A pesar de ello, el mantenimiento de la salud de la población no sería posible sin el soporte de los cuidados informales¹⁶. Como

13. ¿Se puede hacer un paralelismo entre el “mito del buen salvaje” y el mito de la “familia idílica”?

14. Los ejemplos son abundantes ya desde la tragedia griega.

15. La Seguridad Social estatal data de 1966. Hasta ese momento, el recurso a la medicina oficial era escaso, lejano y caro para los habitantes del medio rural, por lo que su utilización se restringía principalmente a las clases urbanas, media y media alta.

16. Las mujeres son quienes asumen en más de un 90% junto con las y los sanitarios específicos, el cuidado –de 24 horas– de las personas atendidas desde los Servicios de Hospitalización a Domicilio así como las personas con enfermedades terminales atendidas desde la red de Atención Primaria (dato contrastado con los sanitarios de dichos Servicios quienes manifiestan que el “cuidador principal” es una mujer). Se trata de Servicios sanitarios cuya viabilidad depende fundamentalmente de los cuidados informales.

ejemplo decir que encontramos a mujeres desarrollando una función de intermediarias entre la persona enferma y/o dependiente, en sentido amplio, y los sanitarios que la atienden. Así en Atención Primaria, es importante el volumen de mujeres que realizan consultas “indirectas”, es decir, demandan atención o seguimiento sanitarios profesional para algún miembro de su familia, a través de la demanda de recetas o el “seguimiento” de familiares con enfermedades crónicas u otras; esta circunstancia les hacer ser también más numerosas en las salas de espera de los Centros de Salud.

Son también en un mayor grado, “las acompañantes” en las consultas ambulatorias, curas,... y también las cuidadoras informales en los casos de hospitalización. En el hogar, son ellas quienes cuando uno de sus miembros enferma, dispensan los primeros cuidados, –incluso los únicos–, en los casos de enfermedad leve. También es mayoritariamente la madre (hija o hermana, respecto del padre, hijo o hermano), quien solicita una “baja laboral” o demanda un permiso cuando se trata de acompañar o cuidar a un familiar enfermo. Por este motivo, quienes se benefician de los servicios sanitarios que pivotan en gran medida sobre los cuidados informales, como por ejemplo de los de Hospitalización Domiciliaria, son mayoritariamente personas del sexo masculino¹⁷.

Tenemos ya pues varios ingredientes: de un lado, el cuidado informal en tanto que tarea u “obligación” femenina, entendida como tarea impuesta, no valorada ni remunerada, y por el otro, el movimiento de afectos –considerados siempre en su doble vertiente, tanto los positivos como los negativos–, que suscitan el cuidado de un familiar, en tanto que persona que desde el plano afectivo nunca puede ser considerada como neutra. Por este motivo, el cuidado puede convertirse en un “compromiso moral”, en tanto que tarea autoimpuesta y/o como imposición del ámbito familiar y social, en la medida en el los cuidados informales se convierten, de hecho, en un trabajo no valorado, no remunerado económicamente y por tanto, invisible.

4. LOS OTROS COSTES

Los cuidados informales están habitualmente infravalorados o ignorados. Únicamente se hacen evidentes y se valoran, aunque de modo indirecto, cuando por la circunstancia que sea, quien los asume o “debiera” asumirlos deja de hacerlo. Así, el que un cierto número de personas, en su mayoría mujeres, –por diversas y diferentes causas– dejen de asumir estas tareas, o las asuman de diferente manera, pone en evidencia la importancia de su función asistencial y social, poniendo al descubierto la parcela asistencial que cubren.

17. Estos ejemplos se refieren al trabajo de campo en medio sanitario que vengo realizando desde hace 10 años.

Los cuidados informales se hacen visibles, se valoran y se cuantifican en términos económicos, únicamente cuando no se pueden o no se quieren realizar y deben ser asumidos desde las instituciones. Con esto quiero remarcar, que en el único momento en que se valora el cuidado informal es a partir del momento en que deja de realizarse; por este motivo considero que se trata de una tarea que aún considerada como necesaria, permanece ignorada.

Este es pues el único momento en el que se plantea el coste económico de la tarea que hasta ese momento había sido asumida de forma más o menos voluntaria (u obligada). Es entonces cuando desde el discurso social se repara en que las Guarderías infantiles son caras, los Hospitales de Día son caros, las Residencias para la tercera edad son caras, los centros para personas con enfermedades mentales lo son, y también lo es el coste diario de una cama hospitalaria¹⁸. En cambio muy pocos se preguntan sobre el coste en tiempo, esfuerzo –físico y psíquico– y demás, de esta tarea, cuando se asume desde la familia.

Otra cuestión que merece ser señalada cuando se trata de costes, es que durante una buena parte del siglo XX, y hasta bien entrada la década de los noventa, los cuidados informales sufrieron las críticas y el de amplios sectores de la biomedicina, por ser considerados como prácticas caducas e inútiles, cuando no nocivas. No obstante, y durante los últimos años, desde este mismo sector biomédico se critica su consecuencia, es decir, la excesiva dependencia de la población respecto del sistema sanitario, (cuando esta circunstancia ha sido generada por el propio sistema)¹⁹.

Una pregunta todavía sin resolver y que merecería en sí un estudio en profundidad, es la relativa a la cuantificación del tiempo y dedicación prestado por las personas que asumen las tareas de cuidar, respecto del P.I.B. del país. Este es un dato desconocido y que debido a sus implicaciones tanto económicas como sociales, que quizá tardemos en conocer. Además se tratará de una difícil cuantificación, puesto que además del tiempo físico se deberá cuantificar la dedicación, y aquí entramos una vez más en el terreno de los afectos y de la implicación emocional de quienes cuidan²⁰.

18. Cabe también señalar cómo los hospitales suelen suplir la falta de personal mediante los cuidados informales. Una práctica habitual entre nosotros, es que por cada persona hospitalizada haya un familiar atendiéndole prácticamente durante las 24 h. del día; esta situación es impensable en el resto de Europa, y cuando esa Europa se encuentra a escasos 16 kms., la diferencia entre culturas sanitarias resulta, si cabe, más evidente.

19. En la actualidad y desde este mismo sector, se manifiestan quejas sobre la “excesiva dependencia” de los usuarios respecto del sistema sanitario. Bajo mi punto de vista, esta es una de las consecuencias de la confrontación producida desde la biomedicina al objeto de consolidar su hegemonía.

20. Se puede encontrar una excelente aproximación al tema y sobre las dificultades metodológicas que ello implica, en Duran (2000).

Y este es un tema que “curiosamente” también se plantea de forma tangencial desde el discurso oficial en forma de un importante volumen de literatura escrita sobre la necesidad de preservar a los cuidadores; me refiero al “cuidado de los cuidadores” y a la necesidad de preservarlos del síndrome de burn-out. Desde los años noventa, la producción sobre el tema ha ido en aumento. Es suficiente hacer una rápida búsqueda en internet sobre el tema, para encontrar un importante número de páginas que recogen una serie de “consejos” para evitar “quemarse”²¹. Estos escritos eluden el tema aquí planteado, es decir, el del coste social que sustentan las cuidadoras informales. No obstante avisan de los riesgos personales –tanto de salud como relacionales–, que comporta el desarrollar esta tarea, en soledad y durante un tiempo prolongado. El problema es que, en ocasiones, están impregnados de un cierto “tufillo” culpabilizador respecto de quienes se “queman”.

Y aquí si se habla en femenino, ya que importa que sean las mujeres quienes se reconozcan como colectivo de riesgo, y porque interesa que ese importante grupo de mujeres anónimas sigan sintiéndose responsables del cuidado de quienes componen sus entorno familiar²².

5. TRABAJO Y EMPLEO, O DICOTOMÍA ENTRE BIOLOGÍA Y CULTURA

Efectivamente, a lo largo de la historia, mujeres y hombres hemos sido socializados y educados conforme a unos marcos referenciales y respecto de unas pautas de conducta, modelos sociales e ideales diferentes. Como ya se ha expuesto, mayoritariamente ha sido el colectivo femenino quien ha asumido las tareas de cuidar; podemos inferir pues, que las mujeres desarrollamos de forma natural o se nos ha educado para ser “expertas” en lo afectivo, lo intuitivo y a estar al servicio de las necesidades de los demás; esta consideración social fuertemente arraigada en nuestra sociedad, tiene a mi parecer, cuando menos influencia en otras parcelas de la vida social, y se puede plantear el interrogante sobre si las mencionadas características son implícitas al hecho biológico de ser mujer o si son fruto de nuestra socialización y educación.

Y esta pregunta viene ligada a otras relativas a las causas por las cuales, una tarea asumida como rol asignado, o cuando menos desarrollado por las mujeres a lo largo de la historia de la humanidad, –como es la del cuidado–, al consolidarse como formaciones y profesiones particulares, se conviertan en la elección mayoritaria de las mujeres. Me estoy refiriendo a las posibles relaciones existentes entre educación y socialización respecto de la orientación universitaria y profesional. No en vano, las dos primeras formaciones

21. Mención especial merece el texto de A. Morales (2001). El Dr. Morales es cardiólogo y en este libro expone lo que él denomina como “síndrome de la abuela esclava” en el que recoge, desde su experiencia clínica, la sintomatología presentada por mujeres que acuden a su consulta –de cardiología– y que asumen el cuidado de sus nietas y nietos. El texto me parece interesante pues no surge del discurso feminista, sino de la constatación clínica.

22. En este mismo sentido se encuentra lo recogido por Larrañaga y Arregi (2003).

profesionales regladas orientadas principalmente a las mujeres fueron las de magisterio y enfermería. Mediante la oficialización de estas dos formaciones regladas, se profesionalizaron tareas que las mujeres habían venido desarrollando en el ámbito familiar a lo largo de la historia, ¿de forma natural?

En referencia específica al colectivo profesional de enfermería, nos podemos preguntar si es casual que el hecho de que el volumen mayoritario de alumnado sea femenino es un efecto derivado de que las mujeres tengamos características innatas o potencialidades específicas para el desarrollo de esta profesión, o es una consecuencia de los aspectos diferenciales de la socialización que mujeres y hombres recibimos y mediante la que asumimos los valores y características propias de cada género.

ALUMNADO E.U. ENFERMERÍA. Donostia UPV/EHU

CURSO	MUJERES	%	HOMBRES	%	TOTAL
1994-1995	338	91,35	32	8,65	370
1995-1996	221	90,95	22	9,05	243
1996-1997	338	90,62	35	9,38	373
1997-1998	350	91,86	31	8,41	381
1998-1999	331	91,69	30	8,31	361
1999-2000	364	90,32	39	9,68	403
2000-2001	349	89,49	41	10,51	390
2001-2002	350	88,16	47	11,84	397
2002-2003	349	88,58	45	11,42	394
2003-2004	357	88,81	45	11,19	402

La pequeña variabilidad del dato de matrícula en estos últimos 20 años de los estudiantes de enfermería, con respecto a la proporción existente entre mujeres y hombres, hace plantearse, cuando menos, dudas sobre los efectos de lo que se consideró en su momento como coeducación, en un intento de dar un tratamiento educativo igualitario a niñas y niños. Esta cuestión plantea dudas al respecto, ya que, algún elemento diferencial deberá existir cuando la representación masculina entre los estudiantes de enfermería continúa siendo mínima, mientras que en los estudios de medicina, donde al igual que otras careras universitarias superiores recibían un alumnado principalmente masculino, éste se han feminizado de modo importante. Sería interesante saber que criterios mueven a unas y otros en la decisión de su orientación universitaria.

En este mismo sentido sería interesante constatar que la producción actual en temas de género y salud esta realizada mayoritariamente por mujeres. Podemos seguir interrogándonos sobre esta evidencia y sus causas, ¿es que a los hombres no les interesa el tema o es que nuestra implicación e incluso sobreimplicación en el mismo nos lleva a analizarlo?, ¿buscamos claves que permitan o faciliten el cambio?

6. FINALIZANDO

Para concluir decir que considero que el hecho de asumir las tareas de cuidar, no es, en sí mismo, ni bueno ni malo, como tampoco lo son otras elecciones de vida, como la de ejercer como ama de casa, ingeniera, costurera,... Lo importante es que la elección sea fruto de una decisión tomada lo más libremente posible, y lo relevante es tener conciencia del derecho a decidir, sobre asumir o no una tarea que en ningún caso debe ser impuesta. Dicha tarea debe ser reconocida y valorada por los demás miembros de la familia y de la red social primaria, y debe tener también un reconocimiento y una valoración social. Y necesariamente deberá ser compartida –por una cuestión básica de supervivencia–. Por este último motivo cuando una persona, mujer u hombre, asume durante un cierto tiempo la responsabilidad del cuidado de un familiar dependiente, debe a su vez cuidarse, protegerse, resguardarse, pues cuidar supone un riesgo de salud para quien cuida. No es por casualidad que últimamente se ha escrito tanto sobre el “síndrome del cuidador”²³ y sobre la importancia de prevenirlo y evitarlo, lo cual se entiende bien, debido a la relevancia y al peso que soportan las y los cuidadores informales en nuestro sistema sanitario actual. Debido a la sobrecarga y al esfuerzo y desgaste físico y psíquico que siempre supone cuidar de otra persona, el riesgo de padecer este síndrome es grande; no obstante, siempre se deberá o deberemos evitar, si la ocasión llega, que nos hagan o que nos sintamos culpables por haber llegado a ese extremo, ni dejar que nos culpabilicen por no poder continuar cuidando de los demás.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, E, y AGUILAR, U. (2002) “Una triple jornada: mujeres anónimas”. Zaragoza. *Revista de Trabajo Social y Salud*, nº 42 (pp. 333-366).
- BARRIOLA, I.M. (1979) *La medicina popular en el País Vasco*. San Sebastián. Eds. Vascas argitaletxea.
- BARANDIARAN, J.M. (1990) *Recetas y remedios en la tradición popular vasca*. Donostia. Ed. Txertoa.
- CANALS, J. (1985) “Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos”. Barcelona, *Rev. JANO* nº 660-H, vol. XXIX (pp. 365-372)
- DÁVILA, P. (1993) *La profesión del Magisterio en el País Vasco 1857-1930*. Bilbao. Servicio Editorial. UPV-EHU.
- DURÁN, M.A. (Dir.) (2000) *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*. Madrid. Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales).

23. Si bien se ha escrito mucho sobre el tema, prácticamente nadie habla de por qué se debe cuidar del cuidador, eludiendo así el tema de los costes del cuidado y de la importante función social que asumen las y los cuidadores informales.

- ERKOREKA, A. (1985) *Análisis de la medicina popular vasca*. Bilbao. Instituto Labayru.
- . (1993) “Función tradicional de la mujer en el quehacer cuidador”. *Cuadernos Vascos de Historia de la Medicina*, II. (pp. 113-122).
- GUIJARRO, A. (2001) *El Síndrome de la ABUELA ESCLAVA*. Granada. Grupo Editorial Universitario.
- LARRAÑAGA, I. y ARREGI, B. (2003) “Las relaciones intergeneracionales y el cuidado de la familia: El caso de Eibar”. *Rev. EMAKUNDE*, nº 53. Vitoria-Gasteiz. Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer. (pp. 30-34).
- LARRAÑAGA, I.; ARREGI, B. y ARPAL, J. (2004) “El trabajo reproductivo o doméstico”. *Gaceta Sanitaria*, vol. 18. Suplemento especial: *La Salud Pública desde la perspectiva de género y clase social*. (pp. 31-46).
- LE FAUVE, N. (2001) “La feminisation de la profesión médicale: voie de recomposition ou transformation de “genre”?”, in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*. AÏACH et all. Rennes, Eds. ENSP (pp. 197-228).
- REPO, K. (2004) Actas del Congreso Internacional Sare 2003: *Cuidar cuesta: Costes y beneficios del cuidado*. Bilbao. EMAKUNDE. Instituto Vasco de la Mujer
- VALDERRAMA, M.J. (1999) *Implicaciones culturales de la comprensión de la sintomatología, su vivencia e interpretación por parte de el/la paciente en el proceso de enfermar*. Bilbao. Scio. Editorial Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.