



Erakunde Autonomiaduna

Organismo Autónomo

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

Emakumeen Osasunaren aldeko
Nazioarteko Ekintza Eguna

*Día Internacional de Acción por la Salud
de las Mujeres*

**Zaintza eta bere eragina osasuneko genero
desberdintasunetan**

**LOS CUIDADOS Y SU IMPACTO EN LAS
DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD**

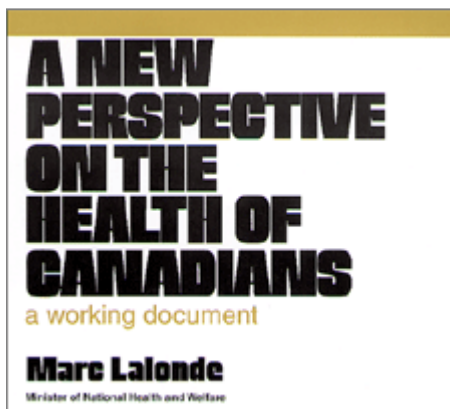
María del Mar García Calvente
Escuela Andaluza de Salud Pública
GRANADA (España)



- Adiós – dijo el zorro-. He aquí mi secreto. Es muy simple: no se ve bien sino con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos.
- Lo esencial es invisible a los ojos – repitió el principito, a fin de acordarse.

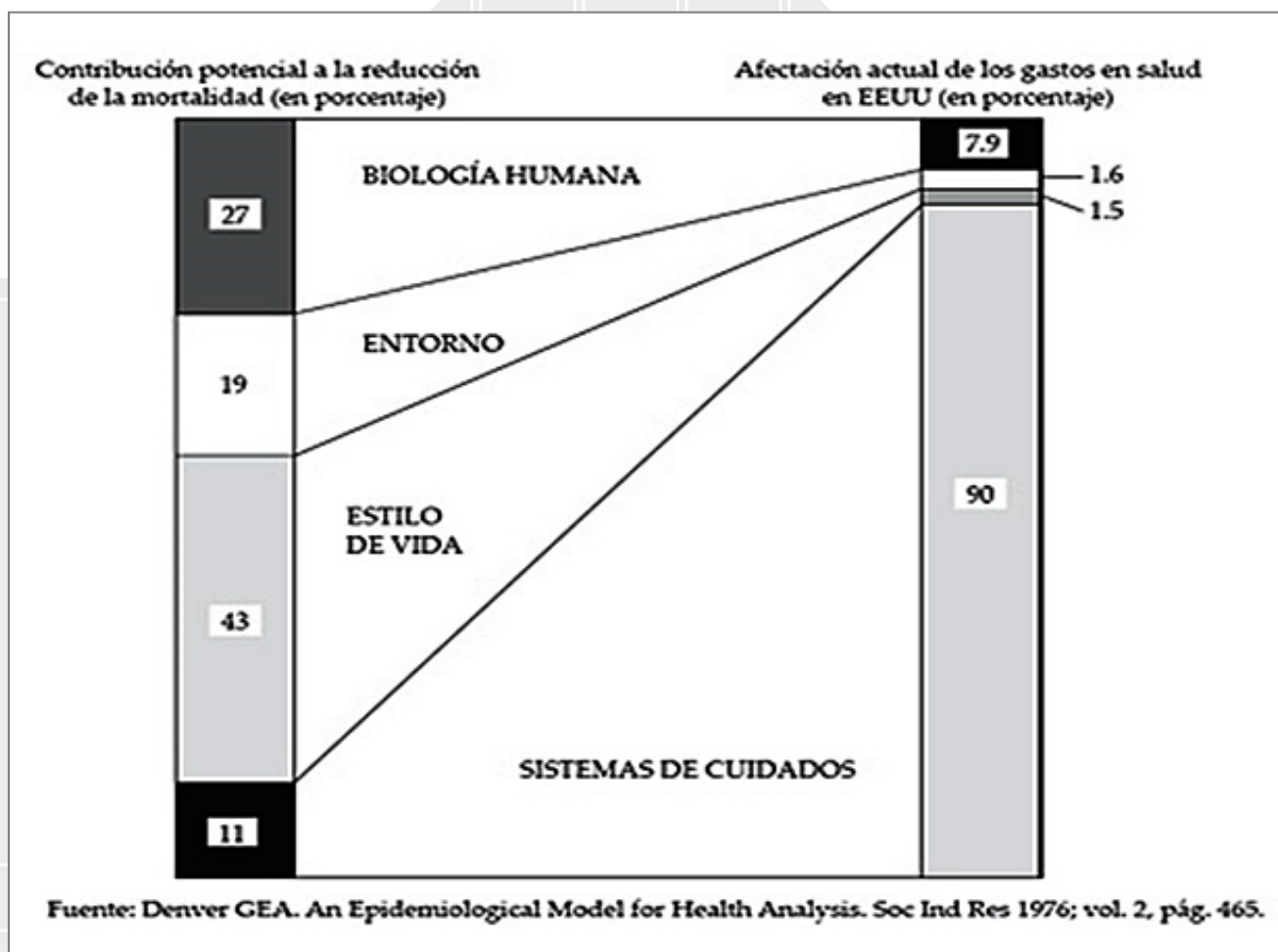


El Principito. Antoine de Saint-Exupéry



Determinantes de la salud

Chapter 10. Care Versus Cure



Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2010)



El paradigma de la invisibilidad de las mujeres en salud es el cuidado informal

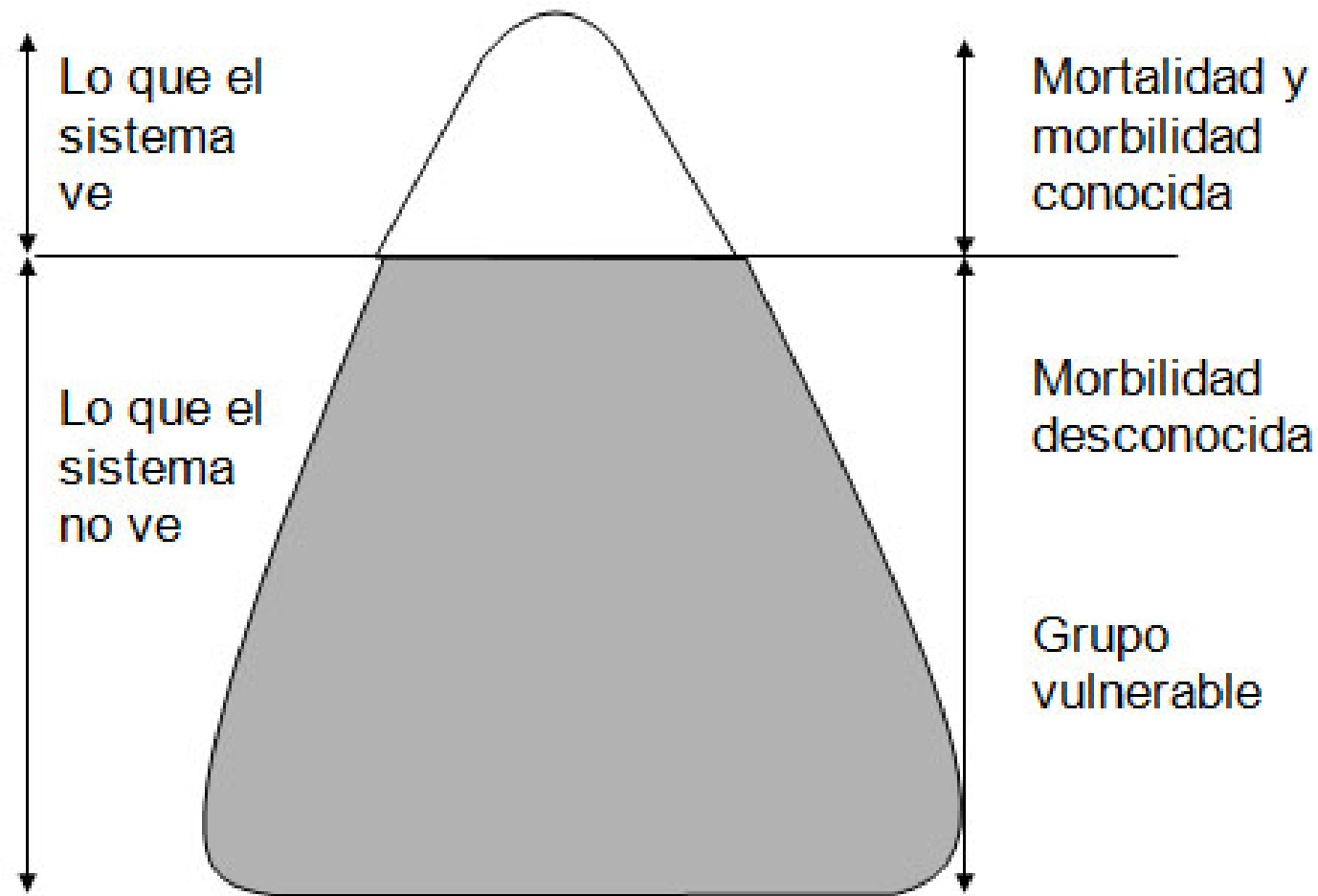


Las mujeres como cuidadoras de la salud

La invisibilidad como desigualdad



El iceberg de la enfermedad



El iceberg de la atención a la salud



¿Qué entendemos por cuidado informal?

“Aquel la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amistades u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”

✓ Límites difíciles de marcar en términos de qué se hace, a quién y durante cuánto tiempo.



¿Por qué el cuidado es invisible?

- Se trata de un **trabajo no remunerado**, sin precio en el mercado.

- Se basa en **relaciones afectivas y de parentesco** y pertenece al terreno de lo privado. Se desarrolla en el **ámbito doméstico**, y queda **oculto** a la arena pública.

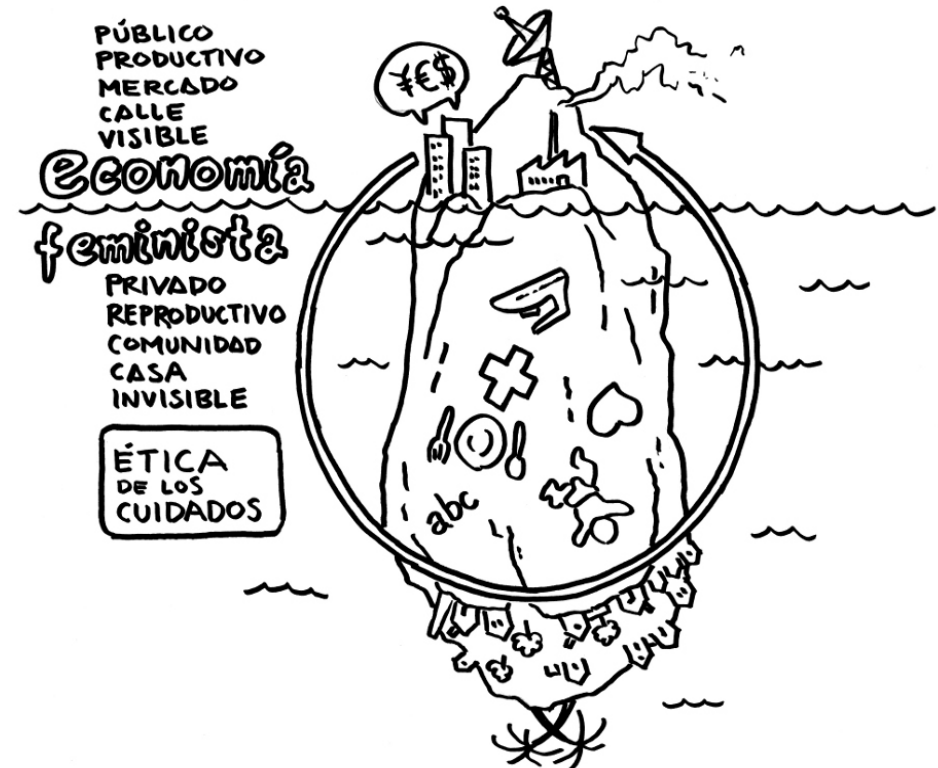
- Es una función adscrita a las mujeres como parte de SU **rol de género**, es «cosa de mujeres».



Cuidar es un trabajo invisible... que hay que hacer visible



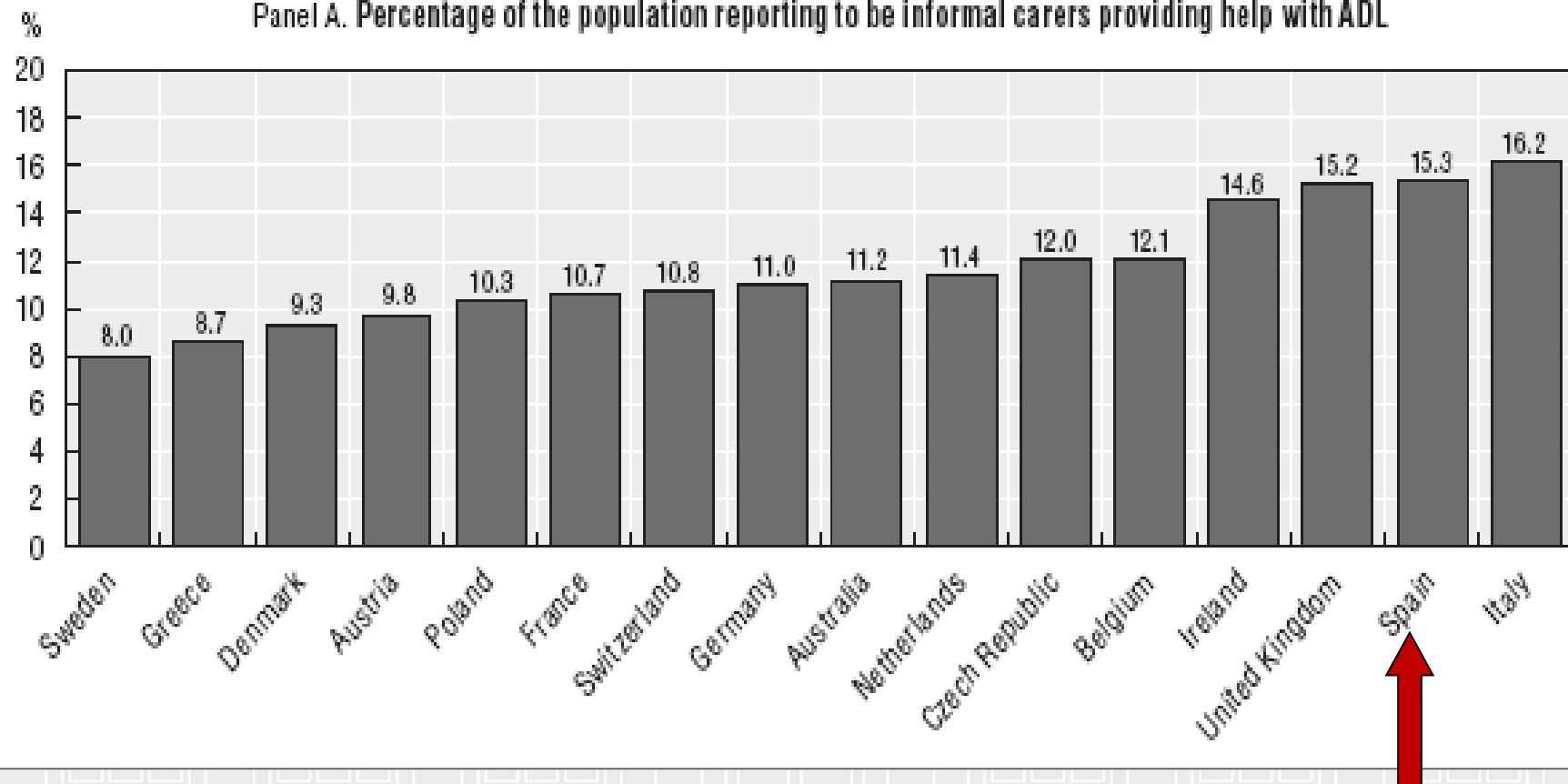
© Nueva Sociedad / Natalia Colombo 2015



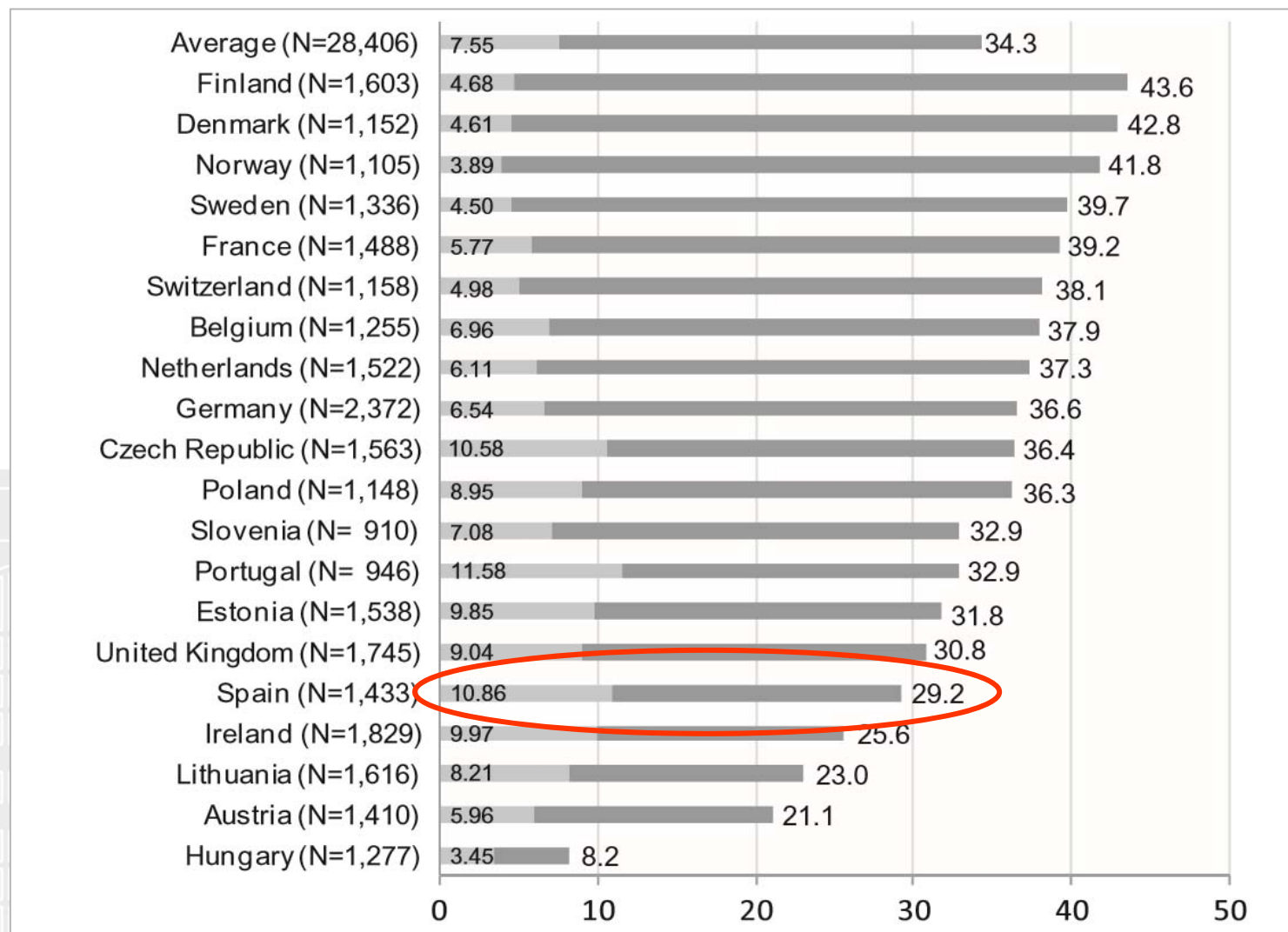
España es uno de los países de la OCDE con mayor frecuencia e intensidad de cuidado informal

Figure 3.1. Caregiving varies by country and type of help provided

Panel A. Percentage of the population reporting to be informal carers providing help with ADL



Magnitud del cuidado informal en Europa (Encuesta Social Europea, 2014)



Gris oscuro: población cuidadora informal por país (%). Gris claro: población cuidadora que realiza cuidado intenso (≥ 11 h/sem.)

Fuente: Verbakel E, Tamblagsrønning S, Winstone L, Fjær EL, Eikemo TE. Informal care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. European Journal of Public Health **2017**, 27(1):90-5.

El sistema invisible de atención a la salud



En España

- 9 de cada 10 personas cuidadoras declaran cuidar **todos o casi todos los días** de la semana
- Más del 50% en **jornadas de 8 o más horas**
- Más del 30% lleva **8 o más años** cuidando
- En más del 75% de los casos son **mujeres**

Fuente: INE, Encuesta Discapacidades, Autonomía y Dependencia 2008

El rostro del cuidado invisible

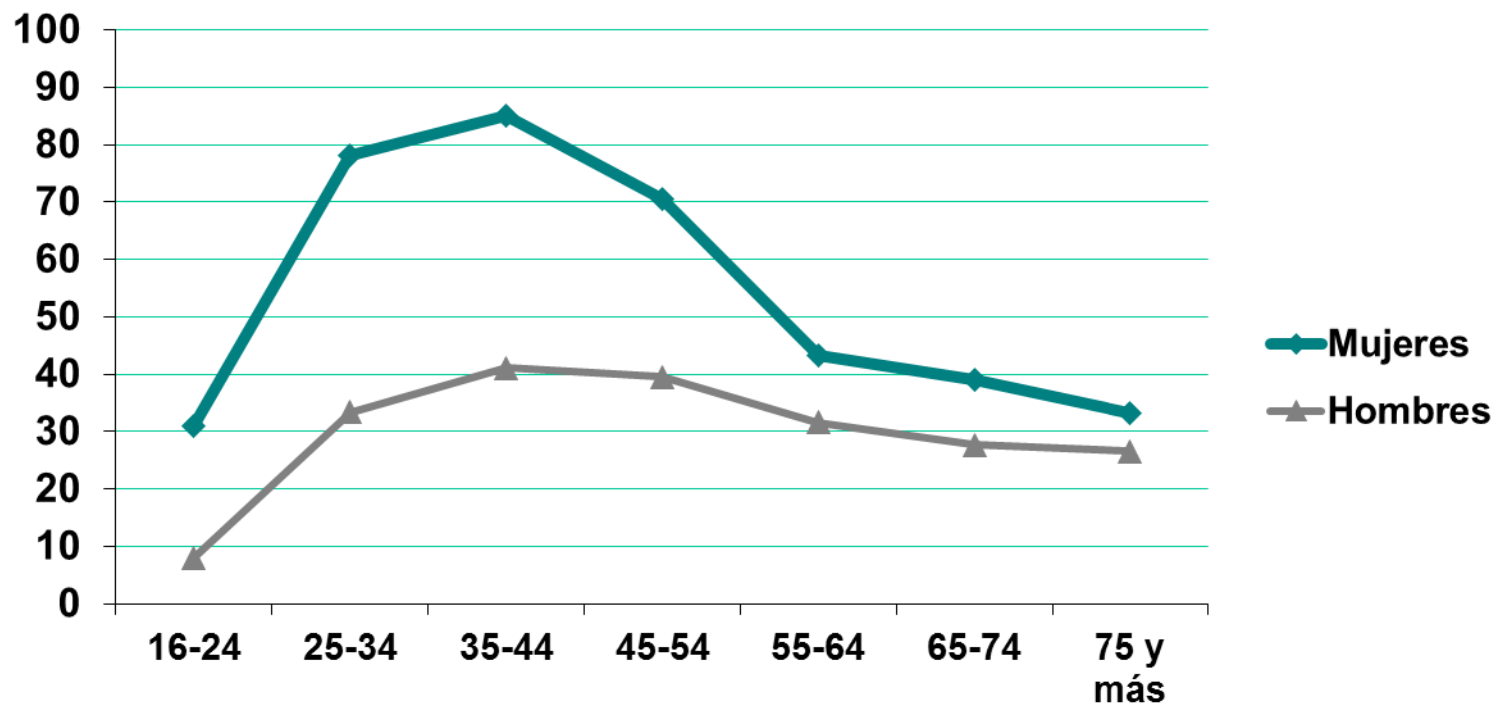
Según la EDAD 2008, en España las personas cuidadoras :

- Son **mujeres** en más de las tres cuartas partes de los casos (75,9%)
- Entre **45 y 64 años** (50%),
- **Reside en el mismo hogar** que la persona con discapacidad a la que cuidan (78,9%)
- La **probabilidad de ser cuidado** por un familiar es mayor cuando la persona que recibe los cuidados es un **varón** (92,6%) que cuando es una mujer (85,4%).
- Ese familiar es, la mayor parte de las veces, una **hija** cuando la persona que recibe cuidados es una mujer, o la **esposa**, cuando quien recibe cuidados es un hombre.



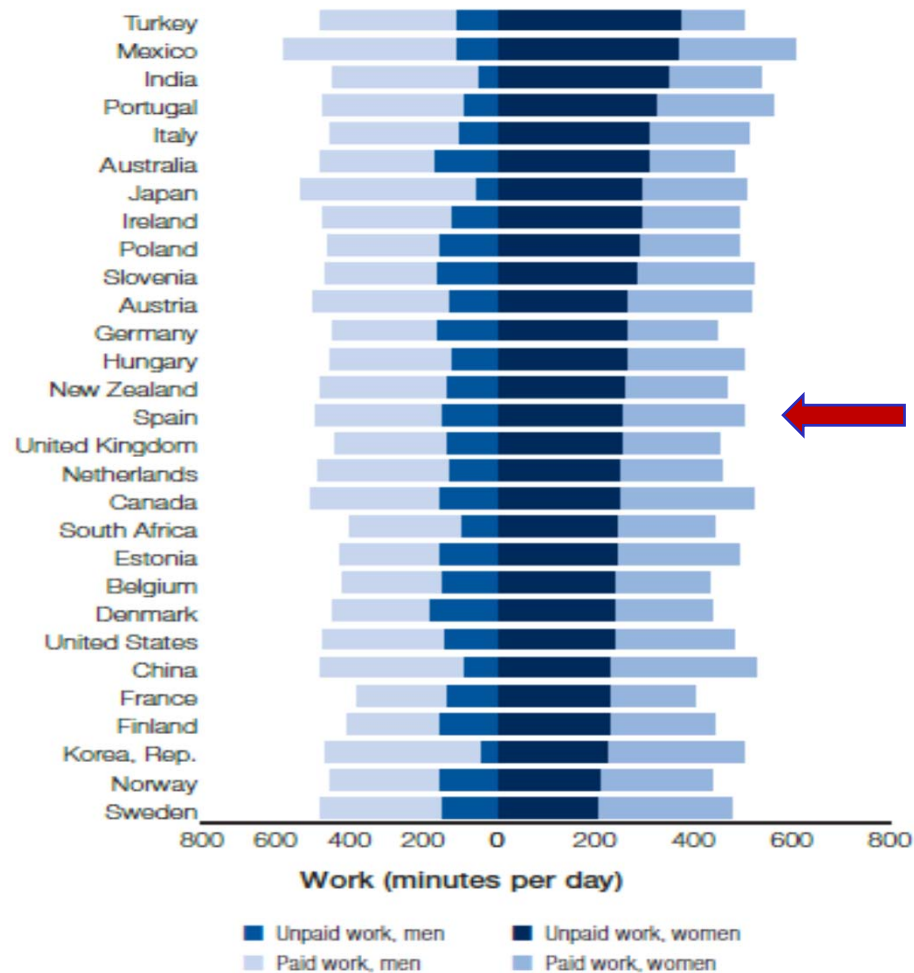
La desigualdad de género en la responsabilidad de cuidar

Participación en los cuidados según el sexo y la edad (%)



Fuente: García-Calvente, Mar; del Río-Lozano, María; Eguiguren, Pamela. Inguruak, 2007

Figure 12: Paid and unpaid work (minutes per day) for men and women, by country



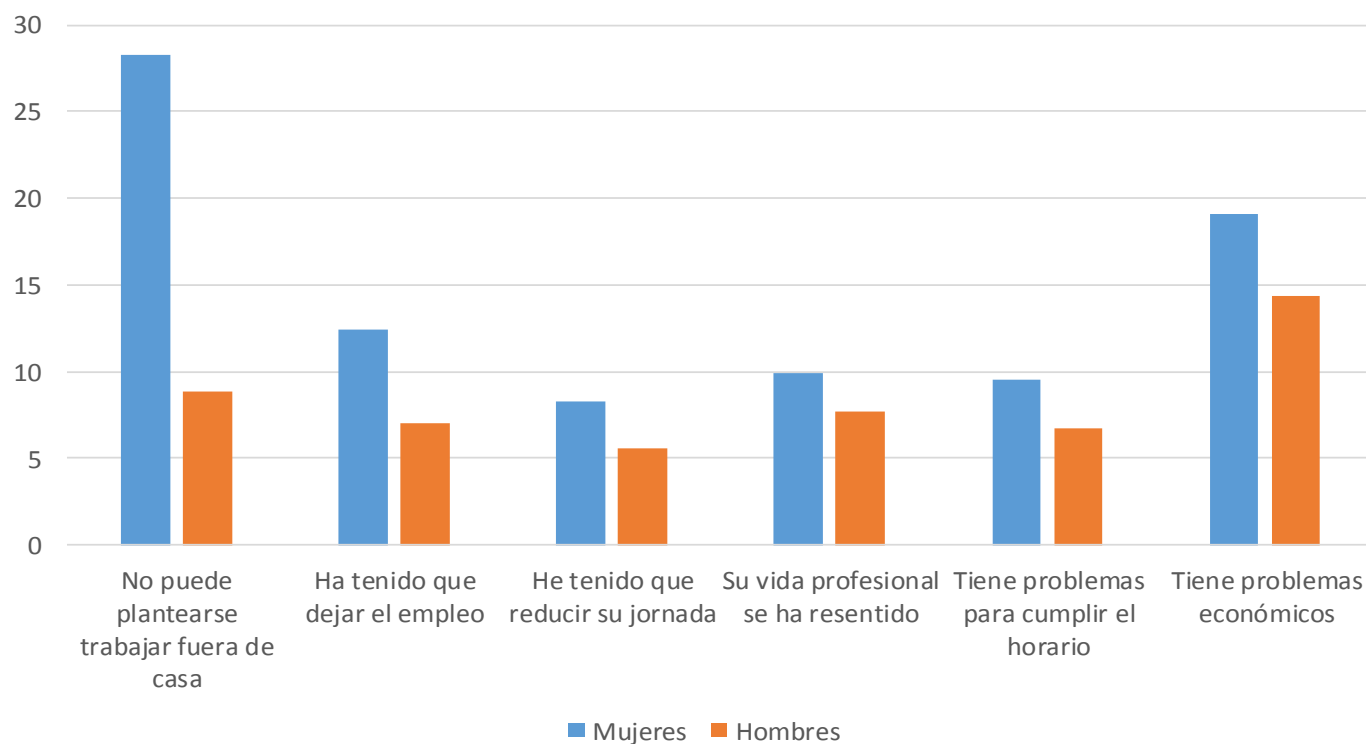
Source: OECD Social Protection and Wellbeing Database.

Fuente: WEF. The Global Gender Gap 2016

En España, el tiempo que dedican las mujeres al trabajo no remunerado duplica al que dedican los hombres

La desigualdad de género en el impacto laboral y económico de cuidar

Porcentaje de mujeres y hombres que presentan consecuencias laborales o económicas por cuidar



Fuente:Elaboración propia Datos de EDAD 2008

Porcentaje de hombres y mujeres que presentan problemas familiares o de ocio por el hecho de cuidar

Consecuencias en:	HOMBRES n=1924	MUJERES n=5588	TOTAL N= 7512
	%	%	%
Ha tenido que reducir su tiempo de ocio	48,4	61,8	58,0
No puede ir de vacaciones	34,8	48,1	44,4
No dispone de tiempo para cuidar a otras personas	9,6	21,0	17,8
Tiene conflictos con su pareja	3,7	6,3	5,6
No tiene tiempo para frecuentar a sus amistades	27,5	40,5	36,9
No tiene tiempo para cuidar de sí mismo/a	13,7	32,9	27,5
No ha podido formar una familia	2,7	2,1	2,3
No ha podido tener hijos/as	1,8	1,3	1,4

Fuente:

EDAD
2008



Impacto de cuidar sobre la salud

Tipo de tareas de cuidado

Multiplicidad de roles

Jornada 24/7/365

Escasa disponibilidad de ayuda

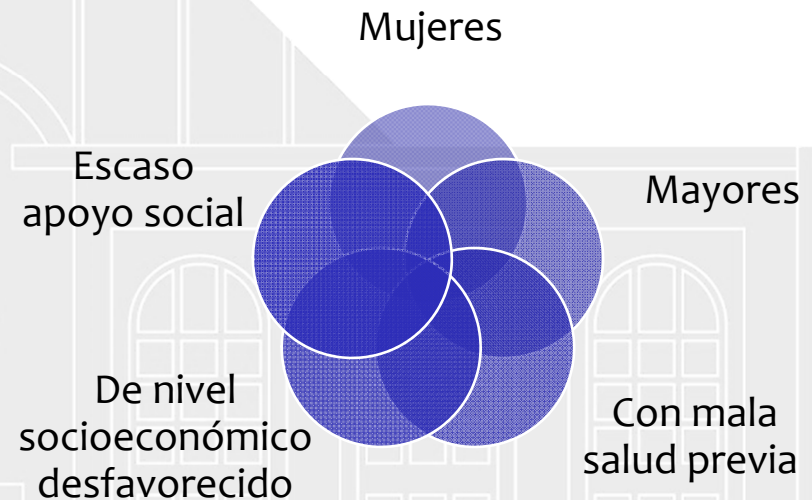
Situaciones críticas

Cuidar supone un riesgo para la salud

Impacto de cuidar sobre la salud

La literatura atribuye al trabajo de cuidar un claro **impacto en la salud física y emocional** de quienes cuidan → mecanismo similar al estrés crónico:

- **Sobrecarga**
- **Problemas de salud física**
- **Problemas de salud mental**
- **Hábitos de vida de riesgo**
- **Mayor mortalidad**



Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received

María del Río Lozano^{1,2} · María del Mar García-Calvente^{1,2}  · Jesús Calle-Romero³ ·
Mónica Machón-Sobrado^{4,5,6} · Isabel Larrañaga-Padilla^{6,7}

Accepted: 31 July 2017
© Springer International Publishing AG 2017

Abstract

Purpose We analyzed gender differences in health-related quality of life (HRQoL) and associated factors between informal male and female caregivers in Spain. It is important because of growing rates of dependent people and dwindling public resources.

Methods We conducted a cross-sectional study of 610 informal caregivers (265 male and 345 female) using an *ad hoc* structured questionnaire. We performed a descriptive analysis and used multivariate logistic regression to analyze the risk of poor HRQoL, measured with the EQ-5D-5L, according to caregiver sex, sociodemographic characteristics of caregivers and dependents, caregiving circumstances, and support received.

Results Male caregivers were older than women were, and cared more often for their partners. More women used

home help, and other forms of instrumental help. Women had worse HRQoL than men, particularly in the pain/discomfort dimension. In addition to older age and poor previous health, caring for a partner (OR = 2.379), for a person with major dependence (OR = 1.917), low social class (OR = 1.634), and low social support (OR = 2.311) were factors associated with poor HRQoL. Receiving FCA was associated with better HRQoL (OR = 0.319). Controlling for all these variables, women had 131% more odds than men to have poor HRQoL.

Conclusions Male and female caregivers in Spain differ in received support and how their HRQoL is affected. These differences are important to design interventions to promote more equitable sharing of care responsibilities and better caregiver health.



- Mujeres
- Mayor edad
- Clase social manual
- Cuidar de la pareja
- Cuidar de gran dependiente
- Apoyo social bajo
- Mala salud previa

Qual Life Res

Table 5 Association between poor health-related quality of life (HRQoL) and sociodemographic characteristics, caregiving circumstances, and support received: Joint and differenced by sex multivariate analysis^a

	Joint (N = 610)		Men N = 265		Women N = 345	
	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
Sex						
Male	1					
Female	2.305**	(1.451–3.660)				
Age of caregiver	1.015	(0.997–1.033)	1.021	(0.992–1.049)	1.004	(0.978–1.030)
Kinship with caregiver						
Child	1		1		1	
Spouse/partner	2.379*	(1.086–5.211)	1.087	(0.279–4.235)	3.203*	(1.145–8.964)
Parent	1.598	(0.806–3.167)	0.721	(0.167–3.105)	2.124	(0.957–4.715)
Other	1.214	(0.479–3.075)	0.542	(0.069–4.265)	1.573	(0.531–4.657)
Social occupational class						
Non-manual labor	1		1		1	
Manual labor	1.634*	(1.000–2.672)	1.515	(0.721–3.182)	1.851	(0.942–3.640)
Level of dependence						
Moderate-severe	1		1		1	
Major	1.917*	(1.275–2.883)	1.944*	(1.055–3.583)	1.883*	(1.069–3.317)
Use of PCA and home help services						
Neither allowance nor help	1		1		1	
Allowance but no home help	0.319*	(0.156–0.653)	0.328*	(0.115–0.935)	0.338*	(0.121–0.947)
Allowance and home help	0.444	(0.177–1.115)	0.516	(0.130–2.045)	0.468	(0.128–1.708)
Home help but no allowance	1.693	(0.687–4.170)	1.475	(0.445–4.889)	2.498	(0.479–13.017)
Social support						
High	1		1		1	
Low	2.311**	(1.424–3.750)	2.038*	(1.016–4.088)	2.852*	(1.402–5.802)
Health status before caregiving						
Good	1		1		1	
Poor	2.512*	(1.387–4.551)	3.321*	(1.355–8.140)	2.128	(0.946–4.788)

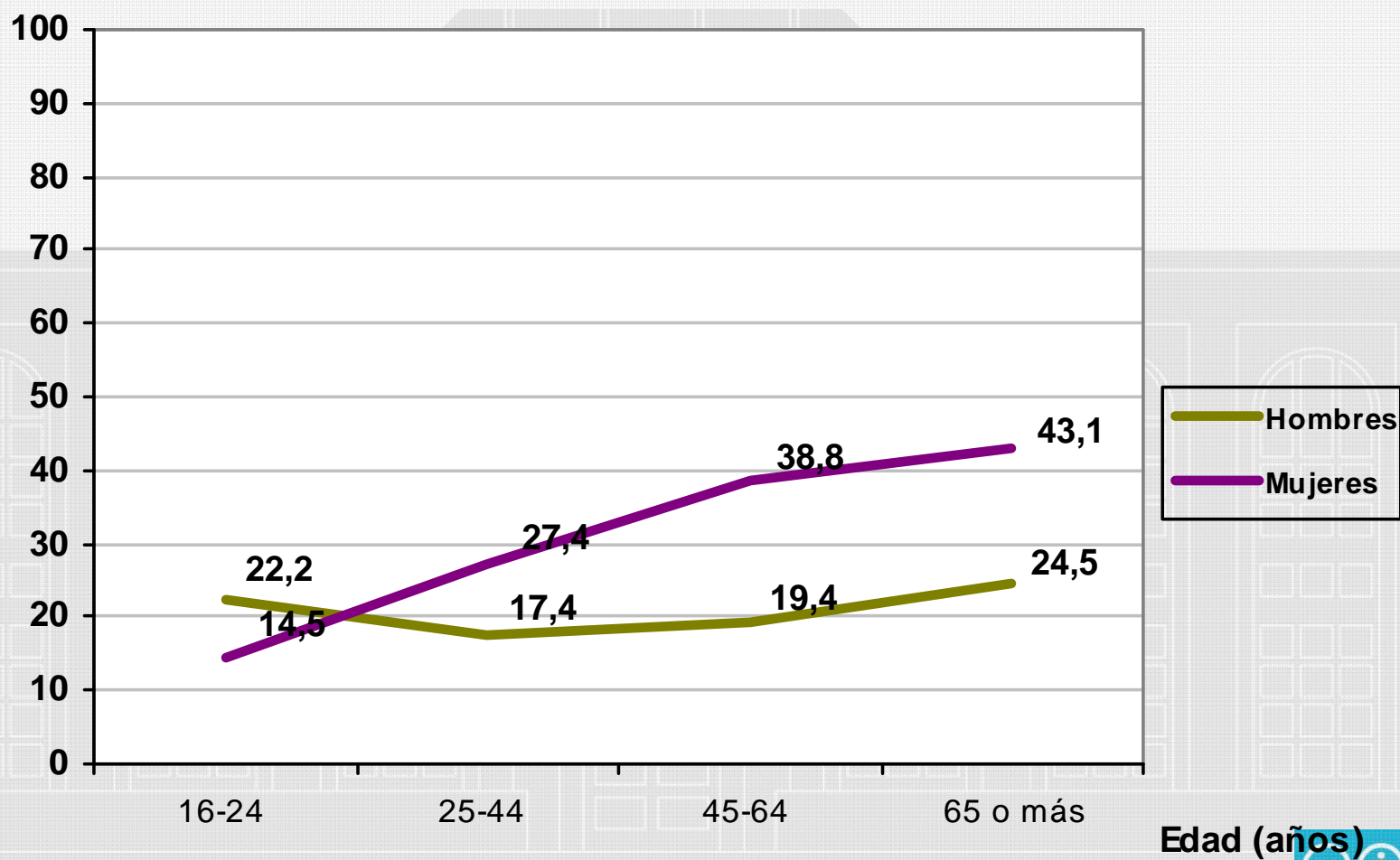
CI confidence interval, OR odds ratio

^a Poor HRQoL: EQ-5D-5L Index ≤ 0.85

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$



Porcentaje de hombres y mujeres que perciben *deterioro de su salud* por el cuidado según edad



- ✓ Las mujeres cuidan durante más horas, con más frecuencia y llevan más tiempo cuidando.
- ✓ Además, ellas prestan con mayor frecuencia tareas de asistencia personal y ellos las relacionadas con la movilidad física o las de fuera del hogar.



1. El mayor impacto en la salud de las mujeres que cuidan se relaciona con las características del cuidado que prestan, más intenso y con mayor dedicación a tareas asociadas a un mayor riesgo para la salud.
2. A similar intensidad, frecuencia y duración de cuidado, las mujeres refieren más que los hombres un deterioro de su salud por el hecho de cuidar.
3. Una vez controladas el resto de variables sociodemográficas y de cuidados incluidas en el estudio, comprobamos que las mujeres cuidadoras presentaban **más del doble de riesgo** de percibir deterioro de salud como consecuencia del cuidado respecto a los hombres que cuidan.

Gender Identity in Informal Care: Impact on Health in Spanish Caregivers

Qualitative Health Research
XX(X) 1–15
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1049732313507144
qhr.sagepub.com


María del Río-Lozano¹, María del Mar García-Calvente¹, Jorge Marcos-Marcos²,
Francisco Entrena-Durán², and Gracia Maroto-Navarro¹

Abstract

We examined the influence of gender identity on men's and women's perceptions of assuming the caregiver role to identify different coping strategies and the effects on caregiver health and quality of life. The study, performed in Andalusia, Spain, was based on a sociological analysis of the narratives produced during semistructured interviews with primary informal caregivers (16 men and 16 women) of different profiles. We observed a cultural assumption that women should assume the caregiver role and found that women shouldered the bulk of caregiving responsibilities and did not usually seek support. This might explain the high prevalence of chronic health disorders, stress, anxiety, depression, neglect of health, and social isolation we observed among women caregivers. Because the caregiver role was not socially imposed on men in our setting, men caregivers adopted a flexible attitude and tended to seek external support before their health and quality of life were seriously affected.

Identidad de género y asunción del cuidado

Los hombres y las mujeres siguen caminos **dispare**s para convertirse en personas cuidadoras, marcados por **estereotipos de género**

Obligación moral

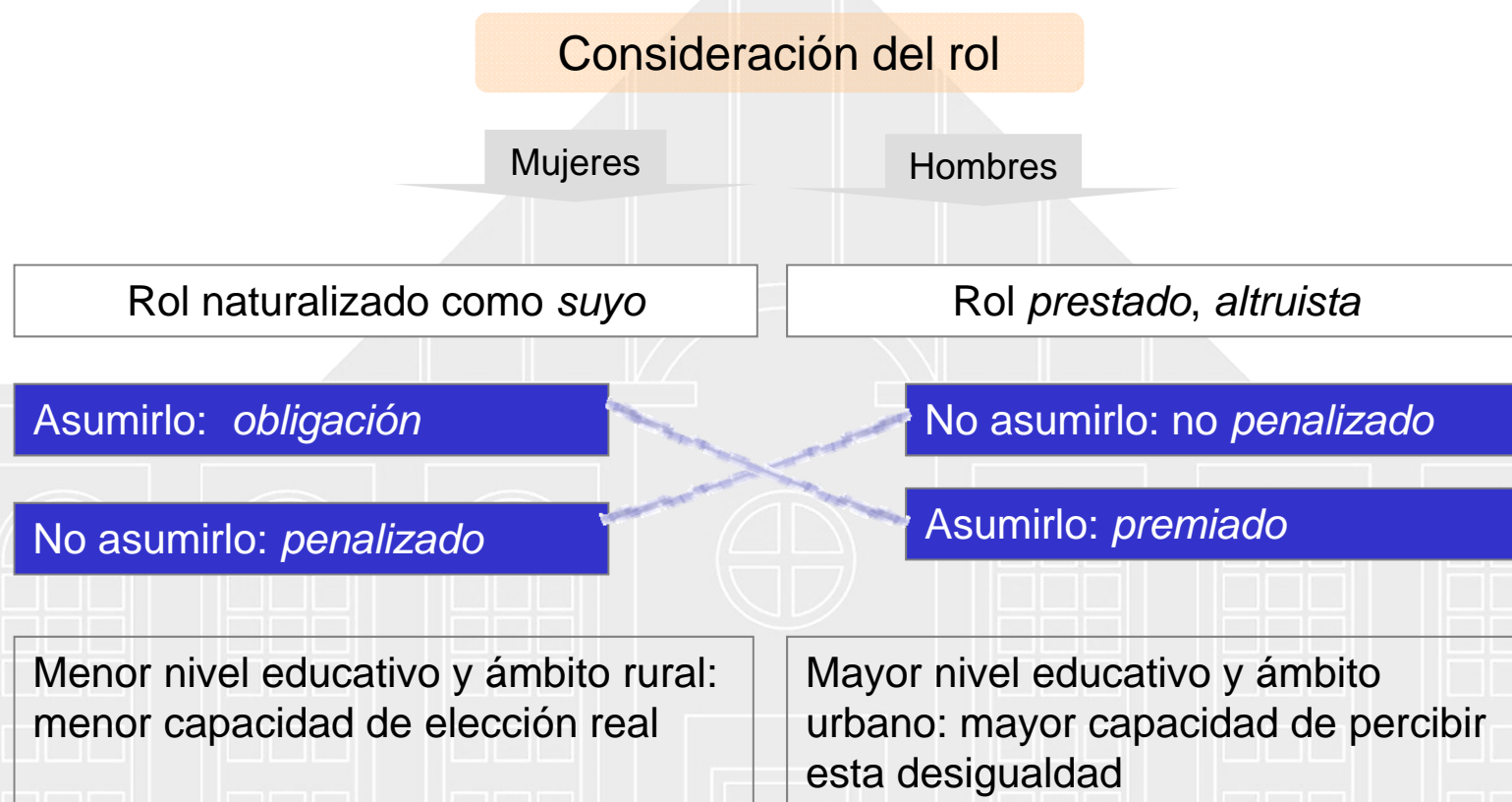
Mujeres: viene determinada por los roles de género socialmente adquiridos

Hombres: es adoptada ante la ausencia de una mujer en el círculo familiar cercano que pueda asumir ese rol

Las mujeres presentan mayor capacidad natural para el cuidado

Las mujeres cuentan con mayor fortaleza emocional para soportar la sobrecarga derivada del cuidado

Identidad de género y asunción del cuidado



Identidad de género y asunción del cuidado

Una mujer que no cuida a alguien de su casa lo ven mal, en cambio un hombre que no se preocupa no es criticado. (MJ)

Consideración del rol

Mujeres

Hombres

A mí me admiran por lo que hago, Y yo es que realmente estoy dedicado íntegramente a mi mujer. (HJ)



Identidad de género y afrontamiento del cuidado

Ante una elevada intensidad de cuidado...

Mujeres

Entienden que están capacitadas para hacerlo *todo* y hacerlo *solas*

- Mayor número de tareas
- Tareas más relacionadas con las ABVD, confinadas al interior del hogar y con mayor impacto en la salud

Hombres

Buscan apoyos antes de llegar a situaciones muy estresantes y perjudiciales para la salud

Delegan tareas, comparten responsabilidades y realizan las menos pesadas antes de alcanzar elevados niveles de estrés

Solicitud de recursos de apoyo

Instrumentales y económicos para continuar ejerciendo ellas el cuidado en mejores condiciones

Ayuda de personas con las que compartir el cuidado

Identidad de género y afrontamiento del cuidado

Ante una elevada intensidad de cuidado...

Mujeres

Yo prefiero que el dinero me lo den a mí y seguir siendo yo la que cuide al niño... Hoy por hoy, pienso que nadie va a ser capaz de cuidar a mi hijo como lo cuido yo (MJ)

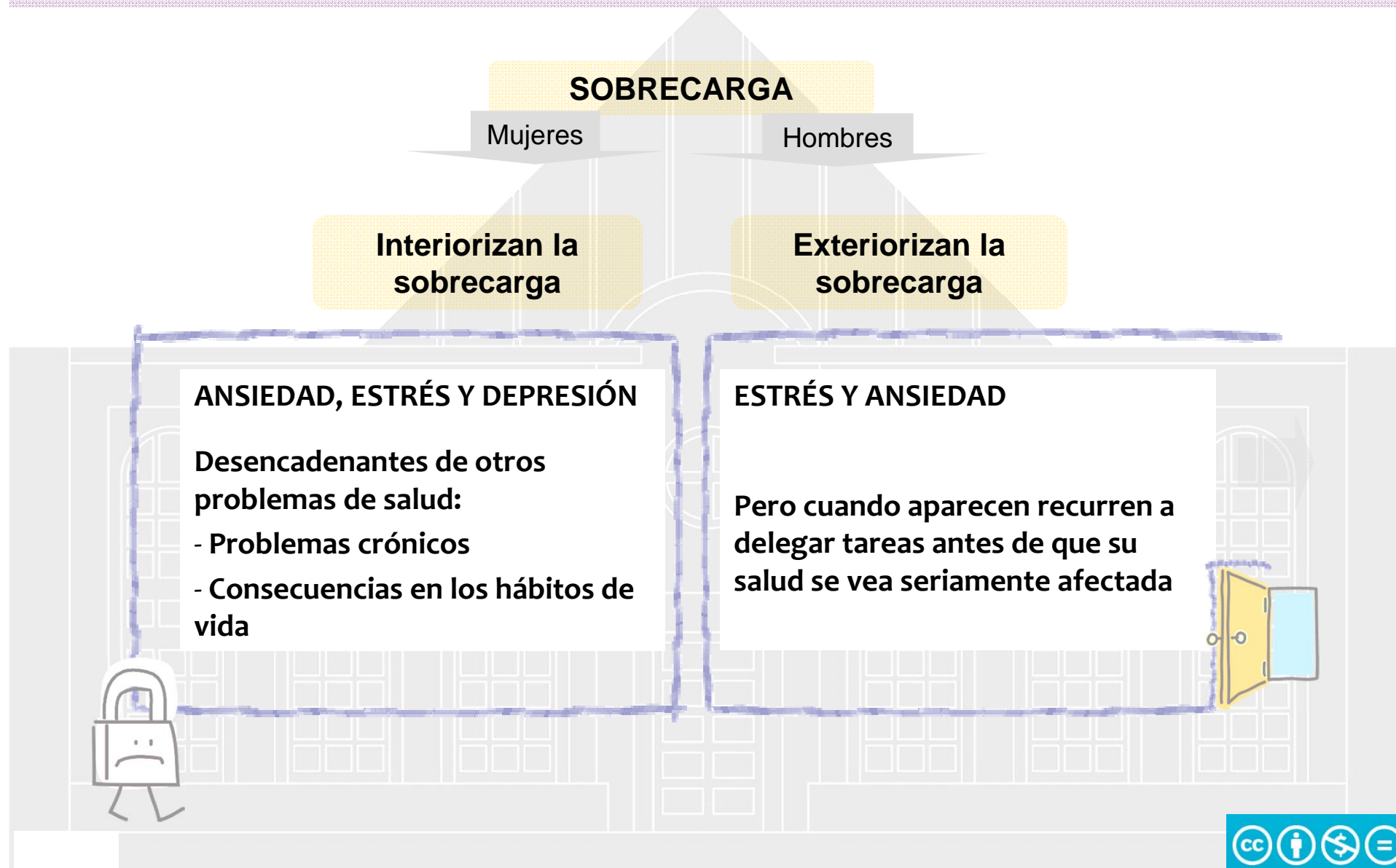


Hombres

Habrà que meter una mujer que me ayude, pero algo me tienen que dar...Yo preferiría que me pongan una mujer para que venga 4 o 5 horas y me ayude, pero algo me tienen que dar (HA)



El impacto desigual en la salud y la calidad de vida



Tendencias actuales en los cuidados

- **Cambios demográficos:**

- ↑ Aumento de la esperanza de vida:
ENVEJECIMIENTO

- ↑ Aumento de la supervivencia de
enfermedades crónicas

- ↓ Descenso de la natalidad

- **Nuevas formas familiares:**

- ↓ Familias más pequeñas

- ↓ Movilidad geográfica de los
miembros

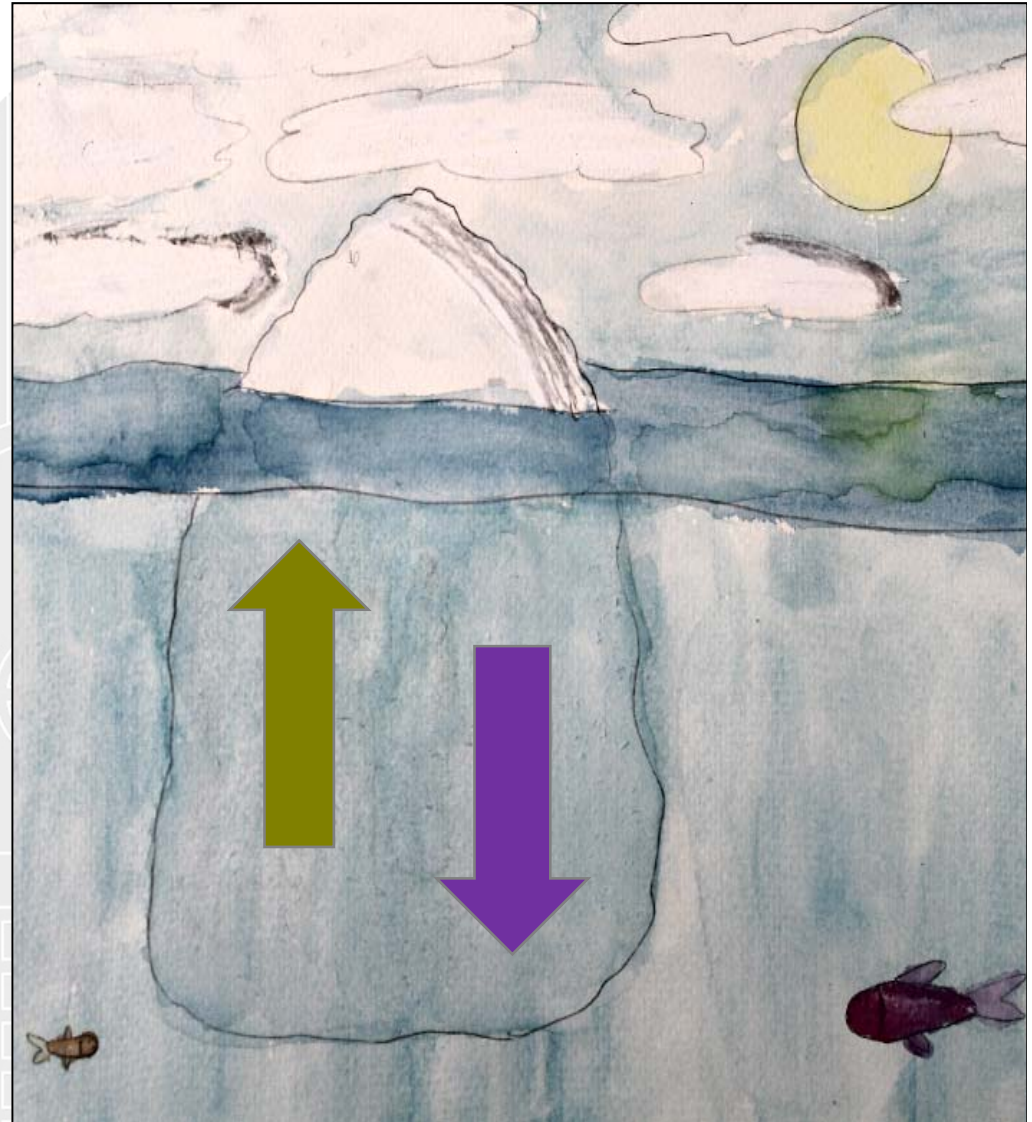
- ↓ Incremento de las familias
monoparentales

- ↓ Aumento de hogares unipersonales

- **Transformación rol de las mujeres:**

- ↓ Incorporación de las mujeres al
mercado laboral

- ↓ Persistencia de la división sexual
del trabajo y la desigualdad en el
reparto de los cuidados



Tendencias actuales en los cuidados

- **Cambios demográficos:**

- ↑ Aumento de la esperanza de vida:
ENVEJECIMIENTO

- ↑ Aumento de la supervivencia de
enfermedades crónicas

- ↓ Descenso de la natalidad

- **Nuevas formas familiares:**

- ↓ Familias más pequeñas

- ↓ Movilidad geográfica de los
miembros

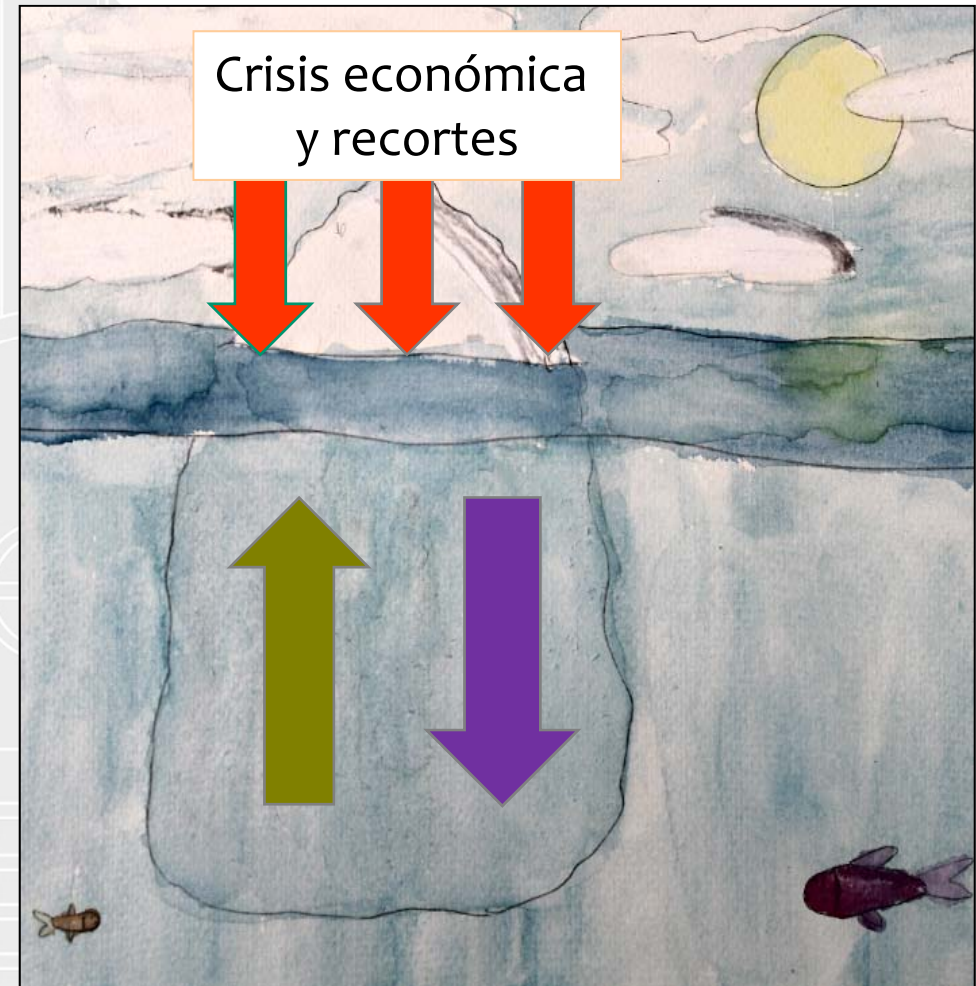
- ↓ Incremento de las familias
monoparentales

- ↓ Aumento de hogares unipersonales

- **Transformación rol de las mujeres:**

- ↓ Incorporación de las mujeres al
mercado laboral

- ↓ Persistencia de la división sexual
del trabajo y la desigualdad en el
reparto de los cuidados



Las medidas
de atención
a personas
que
necesitan
cuidados
tendrán
especial
repercusión
sobre las
mujeres



El desigual reparto
entre los sistemas
informal y formal
afecta en mayor medida
a las mujeres

Cómo valorar lo invaluable: El precio del cuidado familiar

2015 julio

En el 2013, cerca de **40MM** de cuidadores en EE.UU. brindaron **37,000 millones** de horas de atención. El valor estimado de sus servicios no remunerados es de cerca de **\$470 mil millones**.

¿CÓMO COMPARA EL COSTO DEL CUIDADO FAMILIAR?
en miles de millones, 2013-14



Ventas anuales de Walmart \$477

Valor estimado del cuidado familiar \$470

Ventas anuales combinadas \$469

de Apple, IBM, Hewlett Packard y Microsoft

Gastos totales de Medicaid \$449

COMPROMISO DE TIEMPO



Los cuidadores dedican un promedio de **18 horas a la semana** al cuidado de un familiar.

60%

Cuidadores familiares que cuidan de un adulto mientras trabajan a tiempo completo o parcial.

Proveen **21+ horas** de cuidado familiar por semana mientras trabajan.

22%

COMPROMISO FINANCIERO



68%

Cuidadores que dicen tener que utilizar su propio dinero para ayudar en el cuidado de un familiar.

39%

siente presión financiera.

COMPROMISO EMOCIONAL

55%

Cuidadores que se sienten abrumados por la cantidad de atención requerida por un familiar.



COMPROMISO DE TRABAJO

1 de 4 trabajadores de 25+ años de edad es cuidador familiar.

72%

Cuidadores de 40+ años de edad que trabajan y dicen que la flexibilidad en el trabajo los ayudaría a mejorar el equilibrio entre el empleo y la vida personal.



AARP
Posibilidades a tu alcance

AARP Public Policy Institute

Source: Reinhard, Susan C., Feinberg, Lynn Friss, Choula, Rita, and Houser, Ari. Valuing the Invaluable: 2015 Update - Undeniable Progress, but Big Gaps Remain (2015): 1-25. AARP Public Policy Institute. 16 July 2015.

aarp.org/valuing

AARP Public Policy Institute

CELEBRATING
25
years

“Este informe estima el valor económico del cuidado familiar en \$470 billones (470.000 millones) en 2013, basado en aproximadamente 40 millones de personas cuidadoras que prestan una media de 18 horas de cuidado a la semana, con un valor medio de \$12.51 por hora”.

Original

El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España

Juan Oliva^{a,b,*}, Cristina Vilaplana^c y Rubén Osuna^d^a Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España^b CIBERESP, RETICEF, España^c Universidad de Murcia, Murcia, España^d Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

	Horas de cuidado (en millones) (%♀)	Valoración 1 (millones €) (% PIB)	Valoración 2 (millones €) (% PIB)
ESPAÑA	3.248,71 (75,69%)	24.917,63 (2,29%)	41.291,14 (3,79%)
ANDALUCÍA	686,21 (78,93%)	5.263,26 (3,54%)	8.721,79 (5,86%)

Fuente: Juan Oliva y cols. Gaceta Sanitaria (2011)
Cuidado de personas >65 años, EDAD 2008

Valoración 1 = 7,67 €/h
Valoración 2 = 12,71€/h



Comparando sistemas de Cuidados de Larga Duración (LTC) y regímenes de bienestar en Europa

PAÍS	RÉGIMEN DE BIENESTAR	TIPO DE CUIDADO INFORMAL*	% PIB DEDICADO A CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN
FRANCIA	Conservador	4	1,9
ALEMANIA	Conservador	3	1,1
HOLANDA	Conservador	2	4,3
ESPAÑA	Latino	1	0,7
SUECIA	Socialdemócrata	5	3,2
INGLATERRA	Liberal	2	1,2

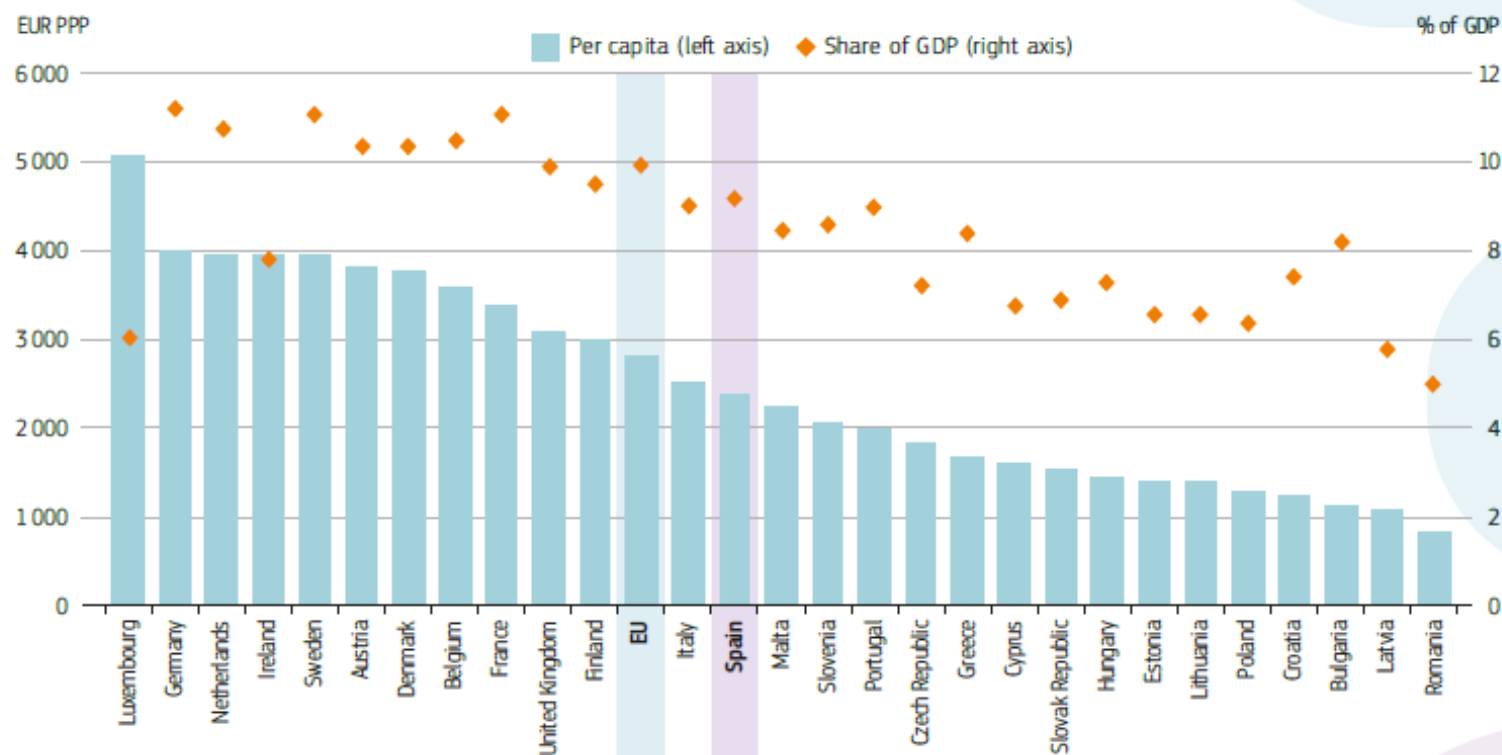


Nota *: (1) Familiar, (2) Resp.colectiva + familiar, (3) Familiar con compensación del coste, (4) Cuidado residencial + familiar, (5) Universalista

Fuente: Valentina Zigante. Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality- European Commission. April 2018

Gasto medio en salud per cápita y como porcentaje del PIB. España y Países de la Unión Europea

Figure 6. Health expenditure per capita and as a share of GDP in Spain are below the EU average



Source: OECD Health Statistics, Eurostat Database, WHO Global Health Expenditure Database (data refer to 2015).

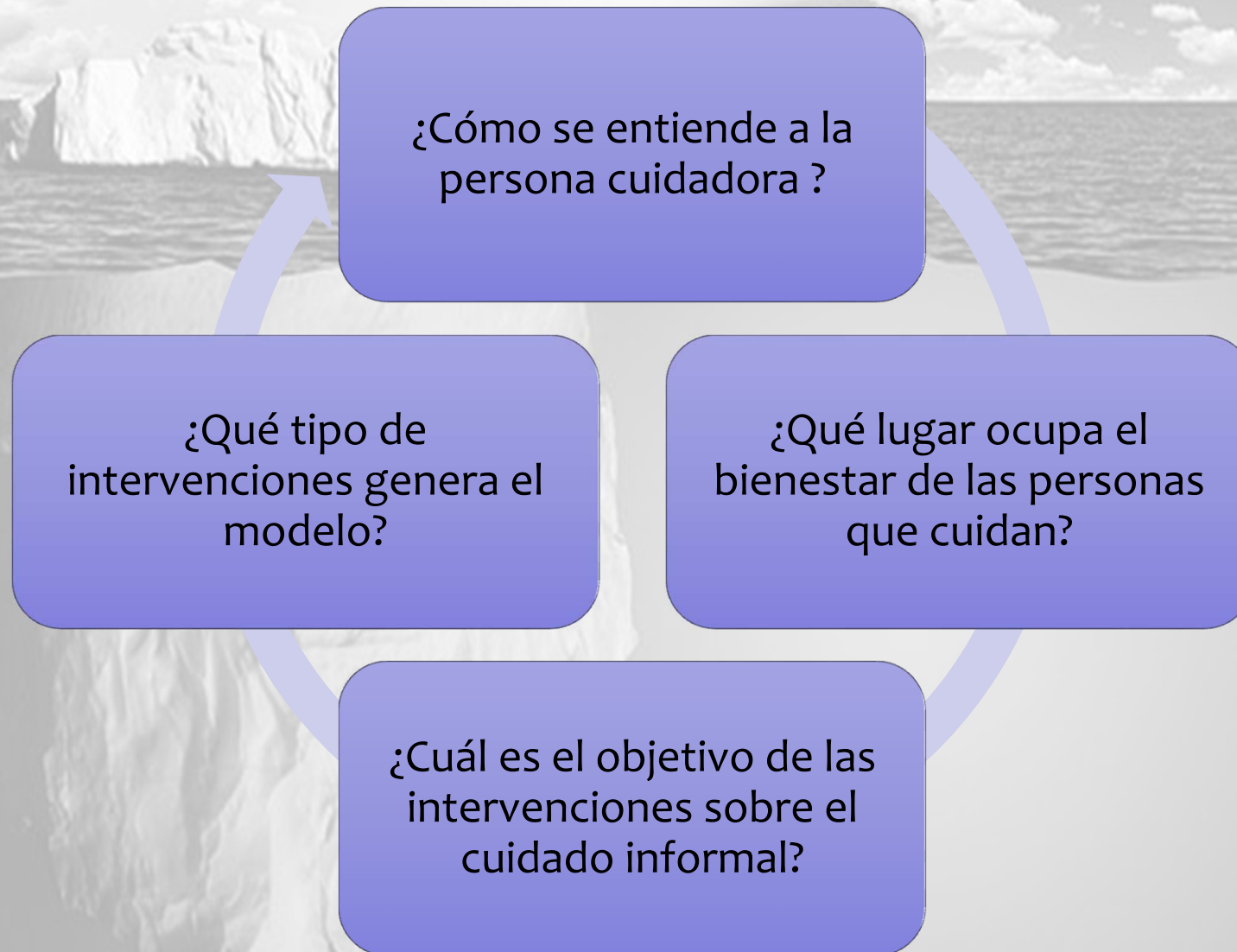
LA DESIGUAL RELACIÓN ENTRE SISTEMAS FORMAL E INFORMAL

“Los servicios formales no operan sólo en el contexto de un sistema informal existente, sino que interactúan dinámicamente con él.

Los cuidadores y cuidadoras no son simplemente fenómenos o recursos cuyas características deben ser analizadas y comprendidas por los servicios formales, son una categoría social hacia la cual el sistema formal tiene obligaciones y requerimientos en términos de formulación de políticas de bienestar”.

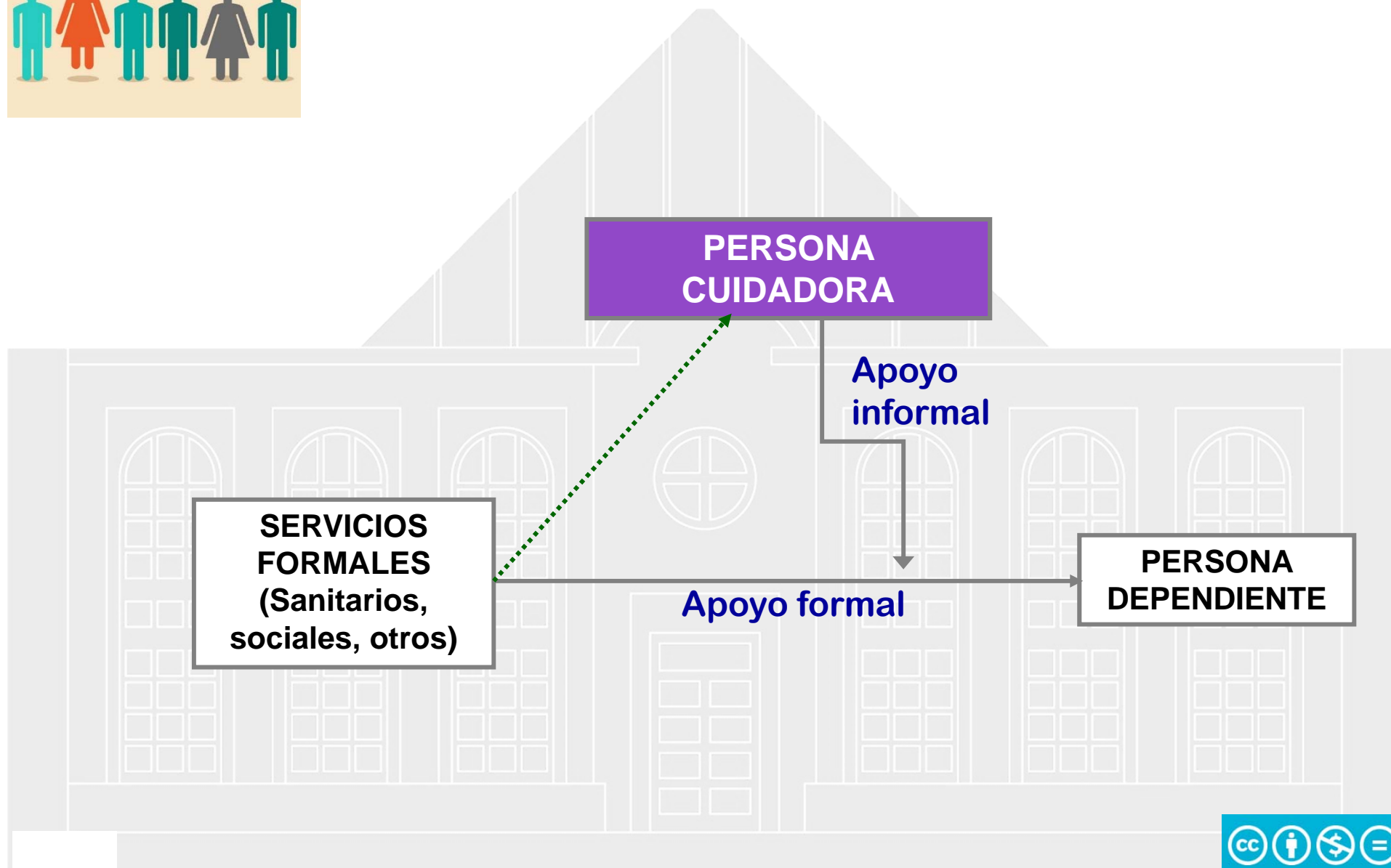


MODELOS DE RELACIÓN ENTRE SISTEMAS FORMAL E INFORMAL



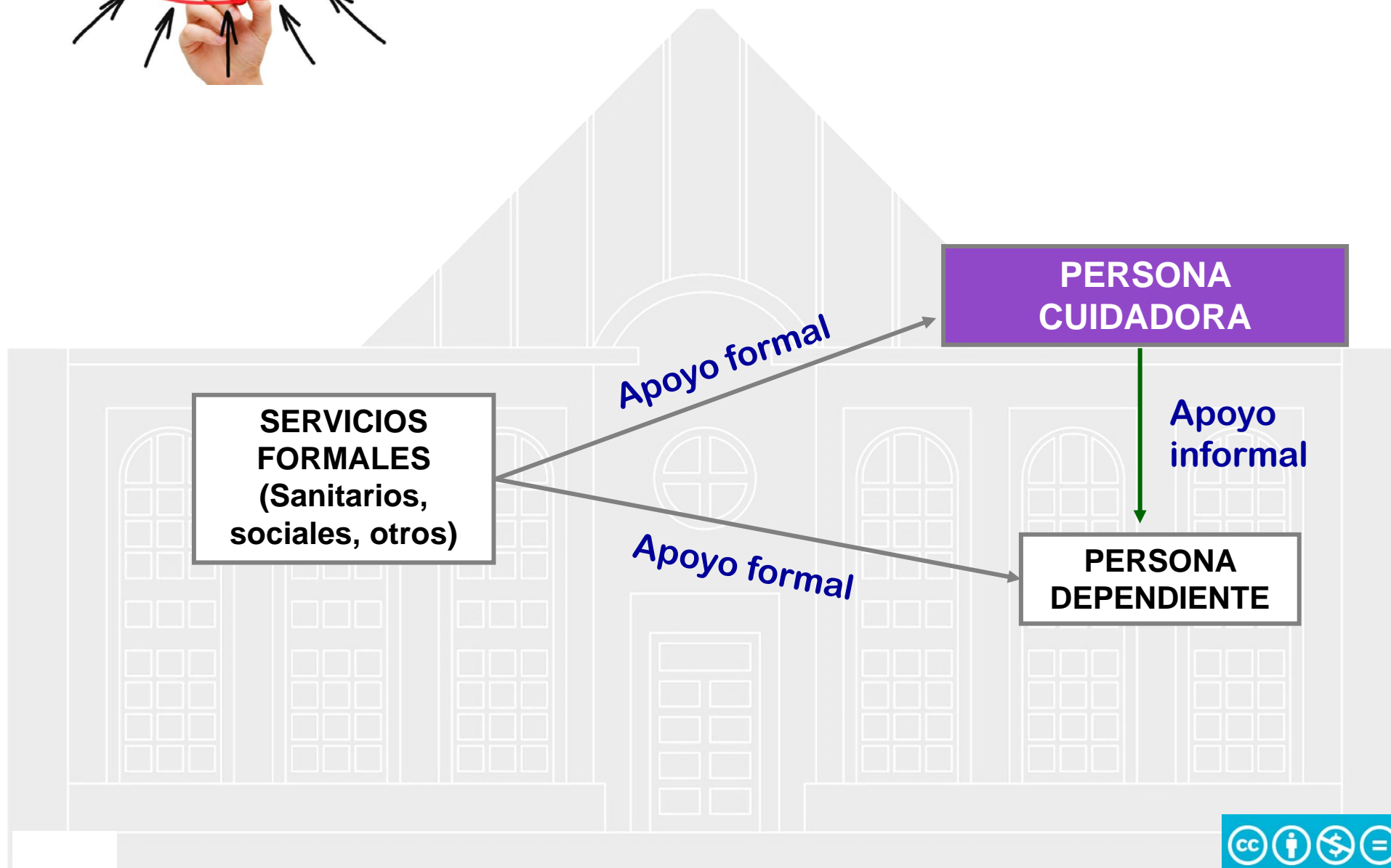


MODELO CUIDADORA-RECURSO



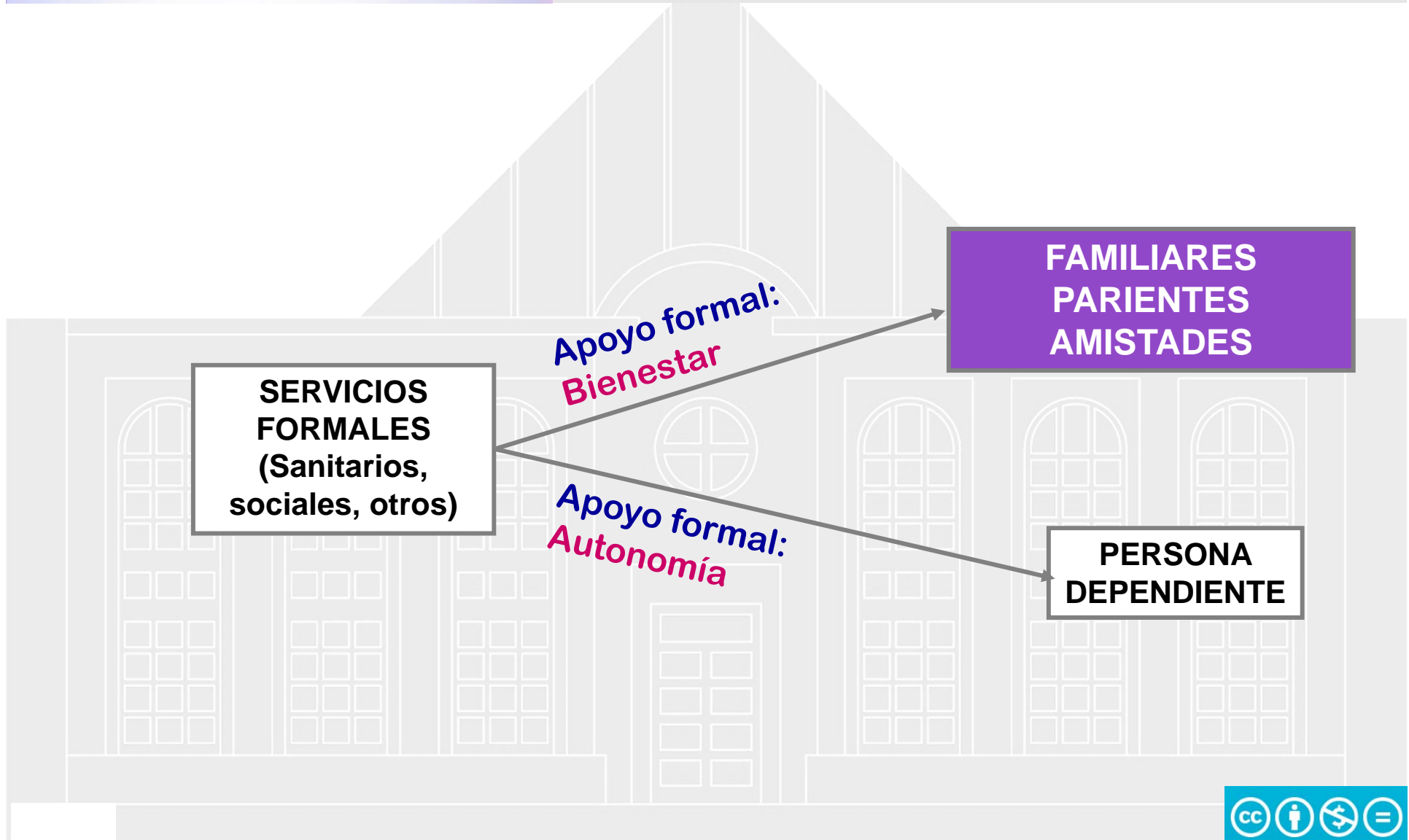


MODELO CUIDADORA-CLIENTE





MODELO DE SUPERACIÓN DEL CUIDADO INFORMAL



¿Cuál es el modelo más “saludable”?

“Un planteamiento de intervención en salud iría de la mano de potenciar el reparto del cuidado, más que en hacer a las mujeres todavía más competentes en la gestión de la enfermedad”

Soledad Murillo: Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres (2003)



Medidas dirigidas a personas cuidadoras en países de la OCDE

Medidas para combinar responsabilidades de cuidado y empleo remunerado

- Licencias por cuidado (remuneradas o no)
- Flexibilidad de horario laboral

Medidas para mejorar el bienestar físico y psíquico de las personas cuidadoras

- Servicios de Respiro (centros de día, respiro en domicilio, respiro institucional).
- Consejo y entrenamiento
- Información y servicios de coordinación

Medidas de compensación y reconocimiento del trabajo de cuidar







- Subsidio a la persona cuidadora
- Prestaciones económicas para la persona dependiente

“Lo importante no es sólo establecer políticas de apoyo a cuidadoras. Todo lo que se hace desde el estado tiene consecuencias negativas y beneficios que *no* se distribuyen igualitariamente. Por tanto, hay que examinar cómo las políticas y acciones de apoyo afectan a las mujeres (y a los hombres) y a qué grupos pueden afectar más”.



Pat Armstrong. Thinking it through: Women, work and caring in the New Millennium (2001)

Las políticas públicas ¿perpetúan las desigualdades de género en los cuidados?

-  Cuando se invisibilizan o minusvaloran los cuidados y a las personas que los ejercen.
-  Cuando se trata a las personas cuidadoras (sobre todo a las mujeres) como un simple recurso para el cuidado que los servicios públicos y sus profesionales pueden usar.
-  Cuando se priorizan políticas, intervenciones o medidas que no atienden a las necesidades estratégicas de género (y no solo a las necesidades prácticas) de las personas que cuidan.
-  Cuando re-victimizamos a las mujeres que cuidan convirtiéndolas en pacientes (“síndrome del cuidador”), medicalizando situaciones derivadas de la desigualdad de género, penalizándolas cuando “no cuidan bien”, o utilizándolas como un instrumento (prevención del “síndrome de claudicación del cuidador”).
-  Cuando no se reconoce el derecho de las mujeres a no convertirse en “cuidadoras” y a no responder a las normas y estereotipos de género tradicionales.
-  Cuando no se ponen en marcha políticas que favorezcan la corresponsabilidad en los cuidados: entre mujeres y hombres y entre familia y estado.



El patriarcado tiene como principal expresión el confinamiento de las mujeres al espacio de lo privado, al cuidado y a la maternidad.

Por eso el ámbito de lo doméstico, donde se realiza el cuidado informal, que prestan mayoritariamente las mujeres, es el terreno por excelencia en el que las mujeres siguen invisibilizadas, recluidas y excluidas.





LA INVISIBILIZACIÓN ES UNA FORMA DE DISCRIMINACIÓN



desigualdades de **genero** en **salud**



www.desigualdadesdegeneroensalud.org

MUCHAS GRACIAS