

XI SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED CAPS
Barcelona, 30 de octubre de 2009

¿QUIEN CUIDARÁ DE NOSOTRAS CUANDO NO ESTEMOS MUERTAS?
¡CUÍDATE TÚ PARA CUIDAR MEJOR!

Vita Arrufat Gallén

Medica del Centre de Salut Pública de Castelló

Desde los años 70, en los que inicié la licenciatura en Medicina y cirugía en la Universidad de Valencia, he tenido un grupo de referencia de mujeres como yo, mis pares, con las que he mantenido relaciones a lo largo del tiempo. En el grupo nos hemos informado y también estudiado temas inmersos en nuestra cotidianeidad de mujeres ciudadanas, profesionales de la salud y de la educación. Temas como: las relaciones madres e hijas, la maternidad, la muerte, la interrupción del embarazo, el amor, las relaciones sexuales, el autoerotismo, la anticoncepción, el parto natural, el autoconocimiento, la violencia de género, las mujeres cuidadoras, ... Muchos temas a lo largo de casi treinta años de relaciones.

Mantenemos actualmente estas relaciones sobretodo virtualmente y nos vemos con ocasión de funerales, inauguraciones, presentaciones de libros de las miembros del grupo, congresos y feminarios. Algunas seguimos poniendo en común las reflexiones y descubrimientos sobre la vida cotidiana, en reuniones más o menos periódicas. Siempre alguna toma notas, incluso grabamos algunas sesiones, ...y tenemos fotos de las reuniones.

En estas sesiones en el grupo de mujeres, he aprendido que mis amigas se cuidan. No se cuidan consumiendo productos como el estereotipo de mujeres que llamamos burguesas, o consumistas, y que tanto les gustan a los creativos de los anuncios de la "tele". Nos cuidamos escuchándonos, preguntándonos, hablando de todo lo que nos ocurre, o exponiendo dudas, expresando y estudiando nuestras emociones, mostrándonos apoyo o solidaridad, discutiendo entre nosotras, realizándonos masajes o caricias, preparándonos para la meditación, y cantando. Sí también cantamos, con letra y música. En resumen intercambiando entre nosotras las lecturas que hacemos de la realidad, nuestras subjetividades.

Con ellas he aprendido que si yo no estoy bien, los que están conmigo tampoco lo están. Esta es la base del empoderamiento, la información transmitida y sobretodo la formación aprendida de las experiencias que hemos tenido como profesionales y como seres humanas. He iniciado el aprendizaje de prescindir de las ataduras (dependencias y sumisiones), a priorizar, atender lo que hay que hacer sin pensar que todo lo puedo solucionar, he aprendido sobre los límites y las libertades, he aprendido la solidaridad, y aquello de "cuidate tú para cuidar mejor"

He aprendido hasta qué punto soy la responsable de mi salud (ver figuras 1 y 2). Y sé que puedo cuidar, como mujer, a los que me rodean, solo si quiero y me produce

placer. Cuidar de una misma y a otras personas genera humanidad, lograr entender a una persona “normal” o “no estándar” te hace desarrollar la inteligencia y habilidades emocionales.

Cuidar es estar, escuchar, estudiar, acompañar, informar, comer bien, moverse, es... todo aquello que se aprende viviendo. Y cuando los cuidados salen bien aprendemos la Resiliencia¹.

Cuidando a las personas con problemas graves de dependencia, como las personas con DCA, desarrolla las capacidades, y esa capacidad de reaccionar ante la adversidad se denomina Resiliencia.

Si no te cuidas tú misma ¿quién te va a cuidar? La autonomía, el autocuidado, son valores de las mujeres libres y tienen que ver con la capacidad de poder satisfacer una misma, o en el entorno mas cercano, desde las funciones de supervivencia básicas a las mas elevadas².

Las mujeres siempre estamos aprendiendo de los cambios, aprendemos ¡por dentro y por fuera! Parece que utilizamos la metodología para adaptarnos a los cambios que se emplea en la Educación para la salud:

- Informarnos para conocer como abordar el problema
- Búsqueda de documentación e investigación
- Formación teórica y práctica
- Trabajo con las actitudes y conductas a seguir con la nueva información y
- Evaluación de los cambios adquiridos, mediante la evaluación continua, de procesos y resultados.

La sociedad nos ha colocado a las mujeres en general, y por ser madres en particular, en el histórico papel de “cuidadoras”. Cuidadoras de hijos e hijas, de madres y padres ancian@s, de tíos, y tías, solteros, sobrin@s, incluso suegros, y en zonas rurales aunque cada día menos, cuidamos de vecin@s...

María Angeles Durán, pionera en los estudios económicos, apunta en su libro *Los costes invisibles de la enfermedad* (1999) que, en el Estado Español, de un total estimado de 5.000 millones de horas para el cuidado de enfermos, sólo el 12% es cubierto por personal sanitario profesional, recayendo el resto en familia y amigos. Estos cuidados suponían más de 276 millones de jornadas de ocho horas, por lo que los costes de dicha atención ascendían a 34.531 millones de euros anuales. Pagadas al precio del salario mínimo interprofesional en el momento de la publicación del informe³.

Cuidar de un@s por pérdida de autonomía por la edad, de otr@s por discapacidades diversas, la mas frecuente en jóvenes después de la discapacidad física son las

¹ Resiliencia, Década de los 70 se buscan e identifican los factores de riesgo y de resiliencia que influyen en el desarrollo de los niños y las niñas que se adaptan positivamente a pesar de vivir en condiciones de adversidad. Estudio longitudinal de Emmy Wemer & Ruth Smith en Hawái, 1992; Seguimiento de 505 personas durante 32 años, desde el periodo prenatal (1955) hasta la adultez. Resiliencia es un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, a pesar de vivir en un medio no sano. Los procesos ocurren a lo largo del tiempo, dando combinaciones afortunadas entre los atributos del niño/niña y su ambiente familiar, social y cultural. M. Rutter 1992. Red de Escuelas promotoras de Salud y promoción de la resiliencia 2003. Bonnano, G. A. 2004

² Pirámide de Maslow: Fisiología, seguridad, afiliación, reconocimiento, y autorrealización.

³ Por un sistema público de atención a la dependencia. De la obligación de cuidar al derecho a recibir cuidados. 2003 Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ICTUS, ISEDIC, 2004, MS&D MA Durán, 2004.

secuelas del Daño Cerebral Adquirido⁴. Estos cuidados han sido invisibilizados, aunque formen parte de la cultura de las mujeres en el interior de la familia, y en el espacio social. Cultura que nos han transmitido las madres con el beneplácito de los padres, hasta que ¡por fin!...Los cuidados a ancian@s y enferm@s crónicos han entrado en la cesta de la compra con la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Esta ley ha supuesto la necesaria evaluación previa al pago, de la autonomía de personas con discapacidad o ancianas, y posterior diseño del PIA (plan individualizado de atención) según el cual se ofrecen las prestaciones: Ayuda al domicilio, paga al Cuidador principal, cuyo perfil mas abundante es mujer trabajadora 98%, mayor de 60 años. Centros de día, residencias, ...¿este es el camino para que los cuidados realizados por las mujeres se incluyan en el PIB? Algo tendremos que decir las mujeres! Y las profesionales, economistas, juristas,...ante la monetarización de los cuidados a enfermos crónicos y personas con discapacidad.

Algunas preguntas:

Suponiendo la plena participación de las mujeres en la sociedad, en condiciones de igualdad con los hombres:

- ¿Qué cuidados estamos dispuestas a pagar?
- ¿Qué papel queremos nosotras?
- ¿Qué papeles no queremos nosotras, ni nadie?
- ¿Pueden pagarse los cuidados informales?
- ¿Pagarán por lo que hacemos por amor, amistad, vecindad?
- ¿Tendremos que dejar la vida laboral por la vida de cuidadoras?
- ¿Es parte de la calidad de vida el cuidado y el autocuidado?
- ¿Sabemos la diferencias entre precio y valor de los cuidados?

Algunas propuestas:

- Urge implantar convenios de conciliación de la vida laboral y familiar en las empresas públicas y privadas. La mujer que ha trabajado fuera de casa dispone de tiempo de cotización para recibir la prestación por jubilación, enfermedad o minusvalía. Esto aumenta la autonomía de las mujeres.
- Hemos de potenciar la solidaridad entre vecin@s, familiares, amigas,...para que siga existiendo la "diferencia Española en los cuidados"⁵
- Las mujeres que tenemos experiencia, hemos de seguir formando en cuidados formales e informales a hombres y mujeres

La mujeres estamos formadas por y en la cultura patriarcal, que se transmite de madres a hijas, mediante palabras, gestos, actitudes,...tenemos la responsabilidad de ser felices y hacer felices a quienes nos rodean. Para ello tenemos a nuestro favor la cultura que nos transmiten las madres, o la representante familiar de la autoridad materna, es la cultura de cómo sobrevivir en las mejores condiciones en la sociedad patriarcal!

La cultura sanitaria que proponemos, se basa en:

- La concepción bio-psíco-social de la salud y la enfermedad⁶.
- Las características del enfermar: el binomio salud y enfermedad incluye no solo las características biológicas determinadas genéticamente, sino también las

⁴ Federación Daño Cerebral Adquirido. FEDACE: <http://www.fedace.org>

⁵ Según recientes estudios la hipótesis dice que la calidad de vida en España estaría relacionada con la dieta Mediterránea y las redes de cuidados informales entre la ciudadanía,...

⁶ Congrés de Metges i biòlegs en llengua catalana Benicassim 1978. OMS, Alma Ata, 1976

cualidades físicas y psíquicas desarrolladas por la individuo, el entorno y la cultura del cuidado

- Modelo “mujer, salud y trabajo” desde la perspectiva de género⁷

Las mujeres sanitarias no queremos que la salud de las mujeres sea definida por la cultura de la supervivencia: **¡queremos salud y calidad de vida!** Y queremos calidad de vida para todos y todas. Un ejemplo, las mujeres queremos decidir cuantos hijos e hijas tenemos, cuando, y con quien ¡@s compartimos.

Las mujeres hemos aprendido que:

- El estilo de vida influye en la salud y la enfermedad (medida en reducción de mortalidad, Dever, G.E.A 1976)
- Entre las causas de mortalidad se encuentra la yatrogenia (La mortalidad atribuible al Sistema Sanitario en 1997/98 en España es de 84 muertes por 100.000 habitantes, Mortalidad atribuible al sistema sanitario en 2002/03 es de 74 muertes por 100.000 habitantes)
- Los problemas de salud de las mujeres causados por los estilos de vida van a ser diferentes según las etapas de la vida. (Sandra P Levisson, 1994)
- Para conocer la comunidad en la que hemos asentado hay que realizar el Diagnóstico de salud de las mujeres con perspectiva de género. (CAPS 1995, Dones treball i salut)
- Hemos de visibilizar con las investigaciones y las acciones las causas que contribuyen a la mejora de la calidad de vida de las mujeres: autonomía económica, nivel de estudios, vida laboral, profesión, servicios de salud, acceso a ocio sostenible, dieta mediterránea,... y las que no: abuso de medicamentos y drogas, lesiones por violencia, ...⁸

Respecto a los cuidados no vamos a equivocarnos pensando que somos las únicas receptoras de este patrimonio de cuidados, ... ¡los hombres pueden cuidar! Aunque somos el género mayormente agraciado. Por ello nadie mejor que las mujeres para la formación en cuidados. Muchas aprendimos de las madres y lo hemos transmitido a las hijas e hijos. Este patrimonio necesitamos compartirlo con los hombres!!!

Tres reflexiones:

Coexisten diferentes culturas y patrones de transmisión, no hay una única transmisión de la cultura del cuidado⁹.

De momento no ha habido Universidad de las mujeres...la herencia de nuestras antepasadas las brujas, son las Universidades!

En España no hay Espacios específicos de Promoción de la salud liderados por mujeres en los que trabajar la información, formación y el empoderamiento. Ejemplo de espacio de Promoción de salud: Hotel de las mujeres hotel saludable¹⁰

Queremos ser mujeres autónomas, solidarias y libres a lo largo de nuestra vida! Y esto comienza con: Cuidate tú, para cuidar mejor!

Para cuidarte necesitas autonomía:¡Be emancípate be active! Decían en 1992 las mujeres de la biblioteca del centro de mujeres víctimas de la guerra (CVW-Zagreb) y también siempre lo ha dicho Rita Levi-Montalcini, que nace en Turín en 1909, descubre el FCN en 1951 y recibe el Nobel en 1986. El Factor de crecimiento neuronal demuestra que las células del cerebro (neuronas, Glia, ...) hacen conexiones nuevas

⁷ M. Frankenhauser y Ulf Ludberg, 1994 Caps Mujer Salud y calidad de vida

⁸ CVV-psi: <http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/453141>

⁹ Ver antropología cultural: Facultad de Medicina Universidad Alicante, Universidad Granada.

¹⁰ Registro de la propiedad intelectual 2002

toda la vida. A mas movimiento mas conexiones: Sí el envejecer nos permite utilizar mas cerebro ¡se puede aprender siempre!

Para cuidarte necesitas compartir tus pensamientos con un grupo de mujeres, como he podido hacerlo con mi grupo de mujeres y las emociones, y desde Mujeres por la salud y la paz.

Hay mucho que hacer y que negociar para que la calidad exista en la atención socio-sanitaria pública, por ello "prepara el Hammam y... Si puedes, mejor en compañía de las mujeres que han emigrado por un mundo mejor!"¹¹ Como la red de mujeres africanas y españolas por un mundo mejor¹² En el mercado globalizado, las mujeres pedimos que cotice la solidaridad!

Los datos que apoyan las reflexiones escritas:

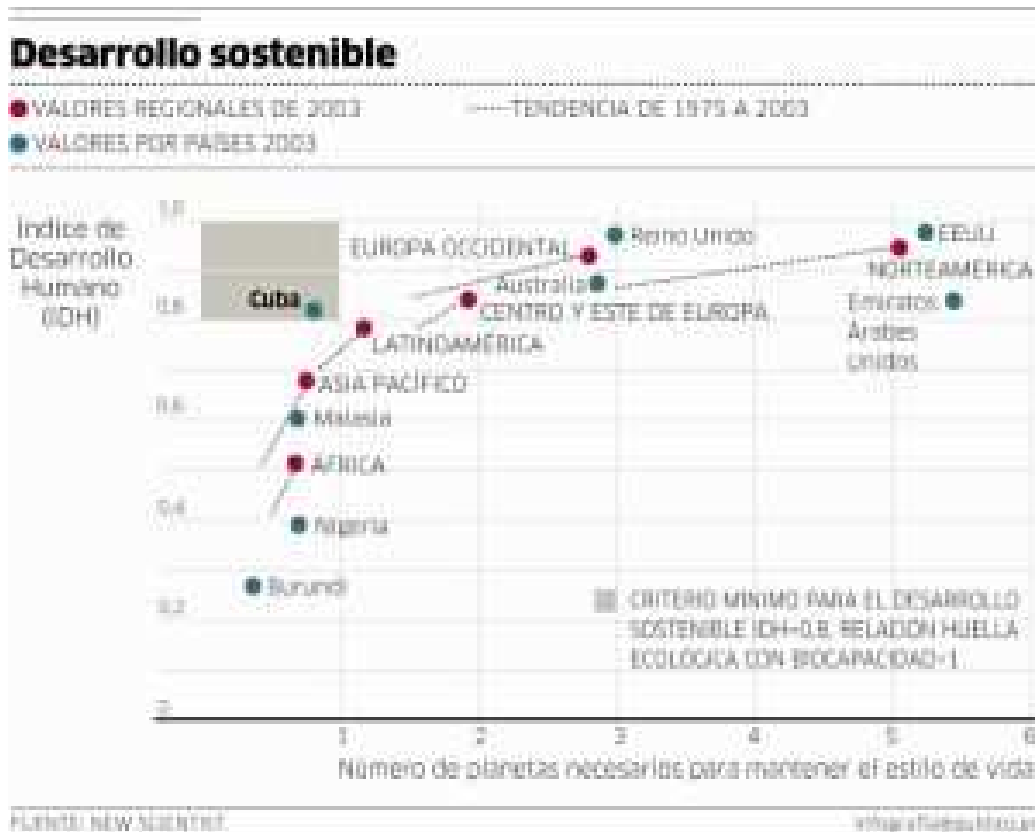
1.- Movimiento natural de Población según sexo en 2007:

- Nacimientos: 491.183, 48,4% mujeres, 51,6% hombres,
 - Defunciones: 385.087, 47,8% mujeres, 52,2% hombres
 - Saldo vegetativo (1): 2,3 mujeres, 2,3 hombres
- (1) Saldo vegetativo: diferencia entre nacimientos y defunciones

2.- Cálculo de la distribución porcentual por sexo para el año 2015 :

50,7% mujeres y 49,3% varones . N° mujeres/n° varones = 1,03

3.- Desarrollo sostenible según el Índice de desarrollo humano New Scientist



¹¹ <http://www.grupogie.org/?l=es>

¹² <http://www.mujeresporunmundomejor.org/>

4.- Encuesta de discapacidad: Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. INE

Personas con alguna discapacidad o limitación		
total	69.5	17.6
0-5 años	25.2	17.6
6-16	23.1	13.2
17-24	19.5	12.9
25-34	24.9	18.9
35-44	39.3	37.8
45-54	60.0	73.2
55-64	97.1	128.6
65-69	138.6	169.9
70-74	175.9	253.6
75-79	262.8	343.3
80-84	336.2	484.5
85-89	505.8	610.7
90 y más años	668.1	783.4

2,3 millones de mujeres afirman tener una discapacidad frente a **1,55 millones de hombres**. Las mujeres superan las tasas de discapacidad en todas las edades excepto menores de 44 años.

Tipo de discapacidad como: movilidad reducida en primer lugar, para la vida doméstica, para el autocuidado.

5.- Enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses por sexo. Población de 16 y más años (%)

E. crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses por sexo.			
--	--	--	--

Varones		Mujeres	
Dolor espalda crónico(lumbar)	19.0	Dolor de espalda crónico (cervical)	↑ 31.5
Hipertensión Arterial	17.2	Artrosis, artritis o reumatismo	↑ 29.1
Dolor espalda crónico(cervical)	15.5	Dolor espalda crónico (lumbar)	↑ 28.8
Artrosis, artritis o reumatismo	14.0	Varices en las piernas	↑ 26.2
Colesterol elevado	13.9	Hipertensión arterial	↑ 20.6

F: Encuesta Nacional de Salud 2006 MSC e INE. Mujeres y hombres en España

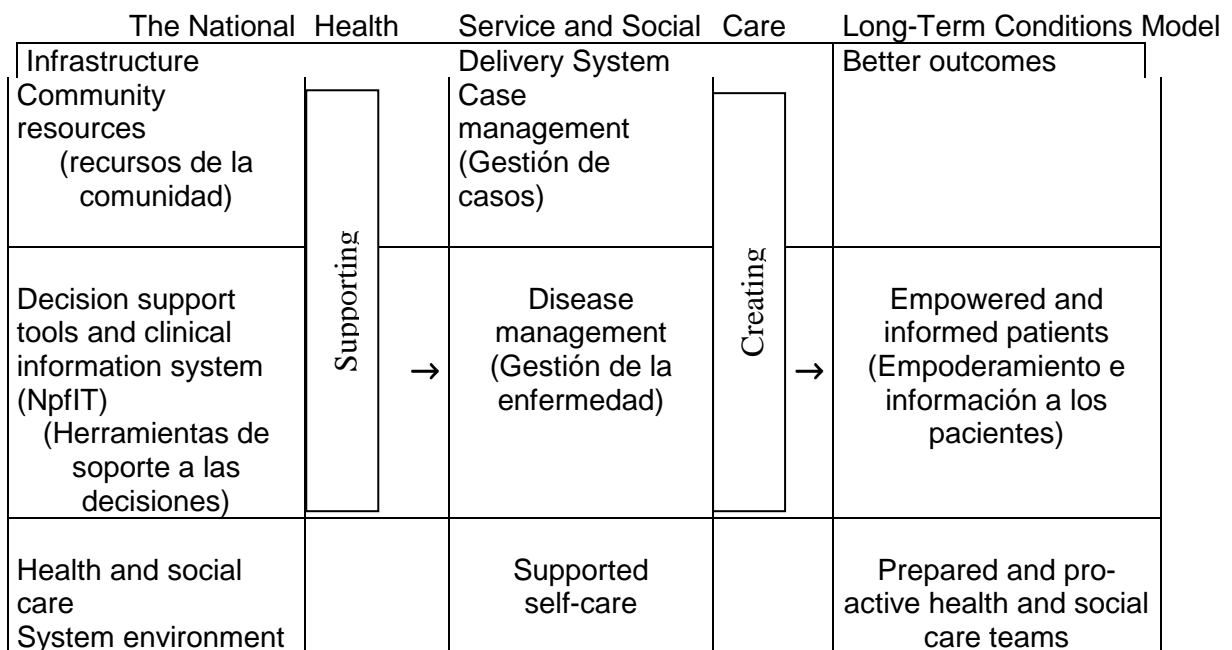
6.- Esperanza de vida en buena salud por sexo. 2006

EVBS por sexo 2009	Varones		mujeres	
	Al nacer	A los 65 años	Al nacer	A los 65 años
Esperanza de vida	77.6	17.2	↑ 84.1	↑ 21.7
Esperanza de vida en buena salud	= 63.7	= 9.9	= 63.3	= 9.4
Años con mala salud	13.9	7.3	↑ 20.8	↑ 12.3

Fuente: Esperanza de vida: Tablas de Mortalidad. Datos provisionales INE. Mujeres y hombres en España 2009

Esperanza de vida en buena salud: Indicadores Estructurales. Eurostat

7.- Modelo que el Servicio nacional de salud inglés para los cuidados sociosanitarios a largo plazo. Para conseguir los mejores resultados: el empoderamiento e información de los pacientes, se necesitan decisiones clínicas tomadas con las mejores herramientas de soporte a las decisiones. En todos los apartados del modelo hace falta la perspectiva de género de los cuidados. Tanto en la infraestructura como en la gestión de la enfermedad, en los cuidados de salud y en la promoción, se requiere la participación activa de mujeres y hombres formados con la perspectiva de género: Ética de los cuidados



Fuente: Department of Health 2005a.		Promoting better health		
-------------------------------------	--	-------------------------	--	--

Managing Chronic Conditions Experience in eight countries European Observatory on Health Systems and Policies Ellen Nolte, Cécile Knai, Martin Mackee. Observatory Studies Series nº 15.

Figura 1.- Factores que influyen en la Salud/ Enfermedad

Factores que influyen en el
 entorno Salud/enfermedad
 LOS 905

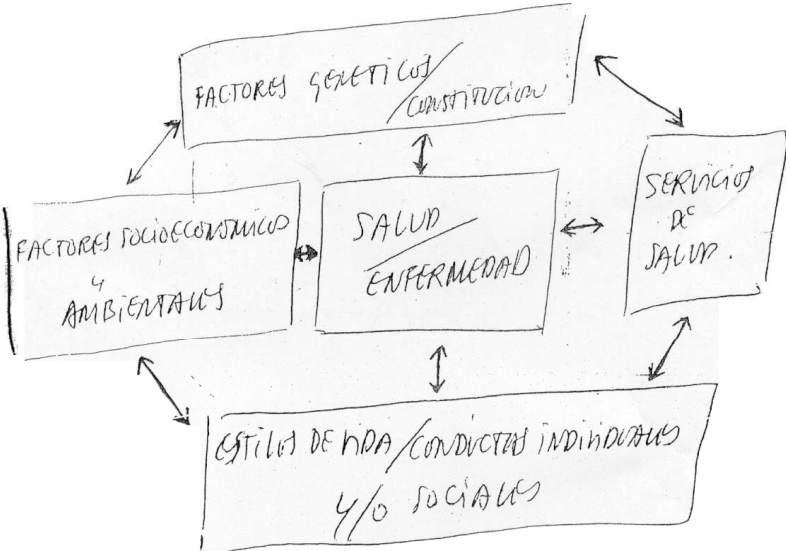
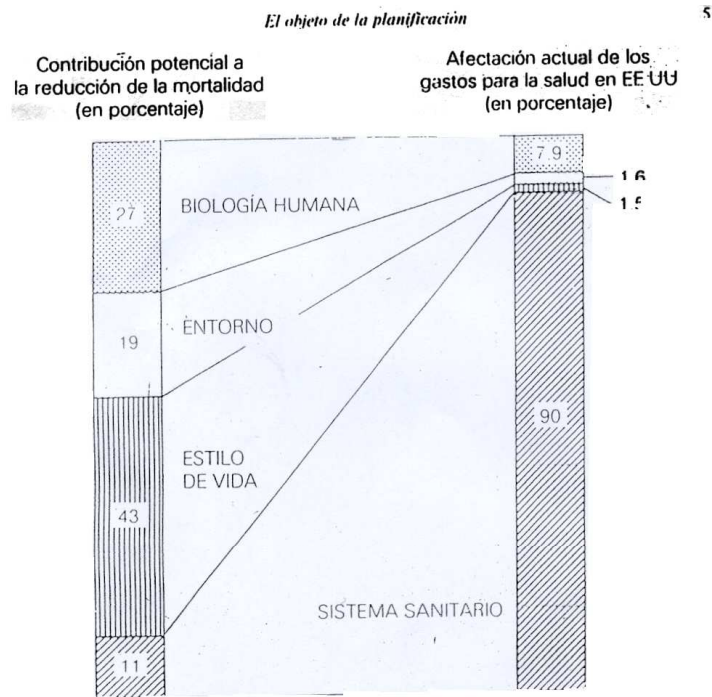


Figura 2. Determinantes de la salud y afectación de los recursos



Fuente: extraído de Dever, G. E. A. 'An Epidemiological Model For Health Policy Analysis' *Soc. Ind. Res.* 1976, vol. 2, p. 465

Figura 1.1 Determinantes de la salud y afectación de los recursos