

Actas de las  
II Jornadas Andaluzas  
Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud  
desde una Perspectiva  
de Género

© y Edición

Instituto Andaluz de la Mujer  
Consejería para la Igualdad y Bienestar Social

Diseño y maquetación  
Pepa Robles. Estudio gráfico

Imprime  
Tecnographic, S.L.

Depósito legal SE-3190/08

ISBN 978-84-691-3059-9

# II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud  
desde una Perspectiva  
de Género

*Sevilla, 4 y 5 de junio de 2007*



Instituto Andaluz de la Mujer  
**CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL**

Presentación	9
Soledad Ruiz Seguí	
Un Marco de Acción centrado en la Mujer, el Envejecimiento y la Salud	13
Alexandre Kalache	
El papel de las Abuelas cuando las Madres Trabajan	33
Constanza Tobío Soler	
Una Experiencia de Promoción de la Salud con Mujeres Mayores Rurales	51
Mar Rodríguez Gimena	
Envejecimiento y Salud en la Mujer con Discapacidad	63
M <sup>a</sup> Ángeles Cózar Gutiérrez	
Gerontología Feminista: Mujeres y Vejez, Miradas Imprescindibles	71
Anna Freixas Farré	
Sexualidad y Envejecimiento de las Mujeres	77
Pilar Sampedro Díaz	
Actividad Física, Salud, Ocio y Tiempo Libre	87
Benilde Vázquez Gómez	
Alimentación, Consumo y Salud de las Mujeres	113
Mercè Fuentes i Pujol	
La Ley de Dependencia: un Análisis de Género desde el Cuidado Informal	121
M <sup>a</sup> del Mar García Calvente	
Envejecimiento Activo	139
Francisca Muñoz Cobos	
Procedimiento de Captación, Intervención y Evaluación de Cuidadoras de Grandes Discapacitados	149
María Teresa Brea Ruiz	
Nuevas Tecnologías en la Atención a Personas en Situación de Dependencia	163
Manuel González Guzmán	
El Examen de Salud en Mayores de 65 Años	177
Carmen Redondo Fernández	

## Presentación

**Soledad Ruiz Segúin**

*Directora*

*del Instituto Andaluz*

*de la Mujer*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

## Presentación

Soledad Ruiz Seguí

*Directora*

Los últimos cambios demográficos apuntan a una sociedad cada vez más envejecida, hoy en día hablamos del envejecimiento por el elevado número de personas que superan los 80 años. Además en esta última etapa de la vida el número de mujeres es mayoritario en casi todas las áreas del mundo, por tanto la feminización del envejecimiento es hoy día una realidad.

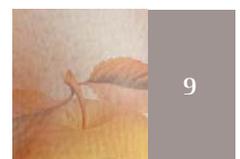
Aunque la esperanza de vida de las mujeres es mayor, esto no es sinónimo de salud y calidad. A nivel mundial, la violencia de género, la discriminación en el acceso a la educación, a los ingresos, a la alimentación, al trabajo digno y gratificante, a la atención sanitaria, a las medidas de seguridad social y al poder político siguen suponiendo núcleos de discriminación que determinan que un porcentaje más elevado de mujeres mayores vivan en situaciones de pobreza y dependencia.

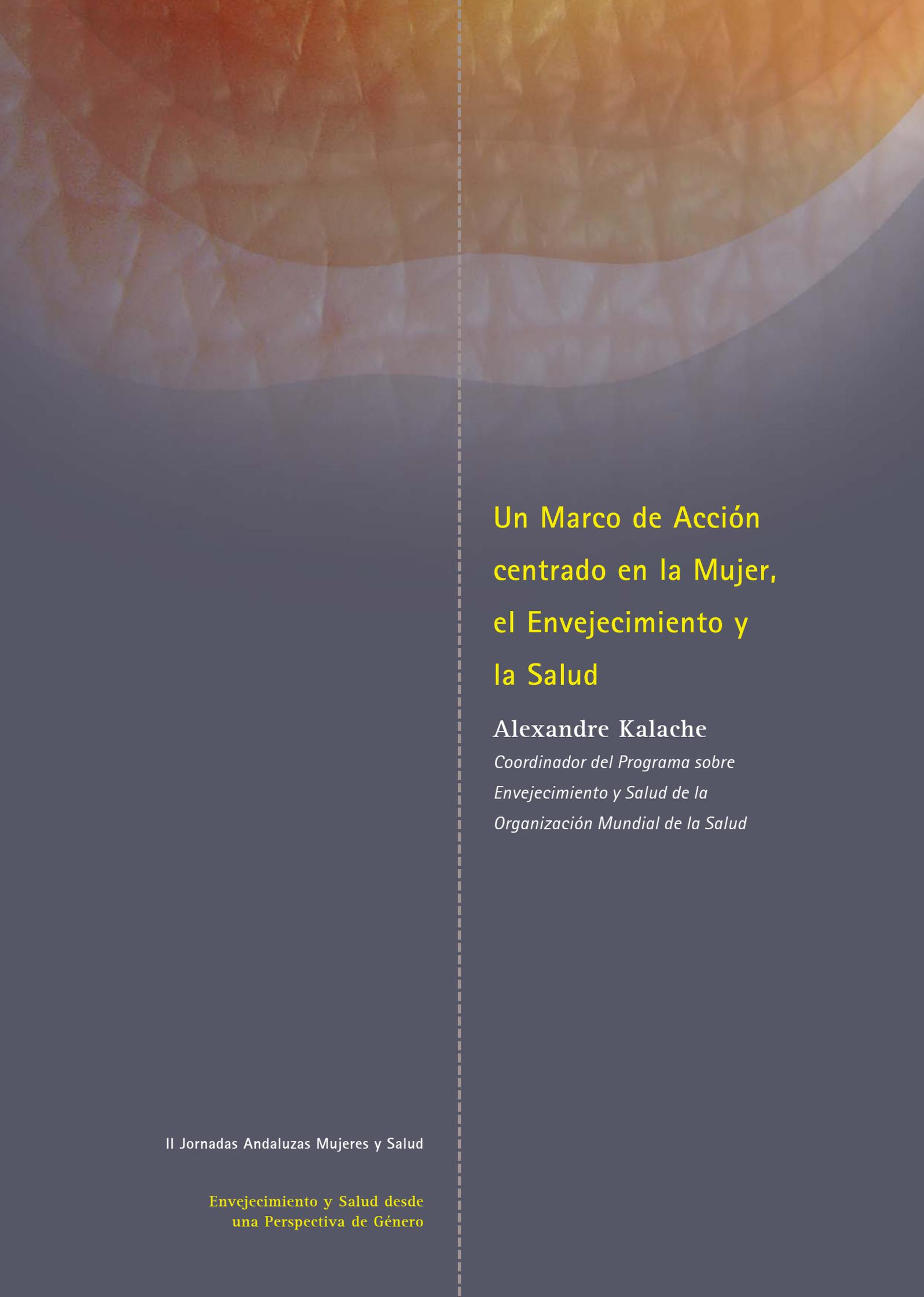
Vivimos en una sociedad edadista que transmite una visión negativa de las personas mayores, en el caso de las mujeres los condicionantes culturales del género aumentan esta percepción. El Instituto Andaluz de la Mujer, Organismo de Igualdad de la Junta de Andalucía, ha pretendido, con las II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud, analizar y profundizar sobre las relaciones existentes entre género y envejecimiento, así como reflexionar sobre la importancia que los estilos de vida y comportamientos tienen sobre la salud de las mujeres mayores, además de discutir las estrategias, políticas y programas de salud necesarios para mejorar la salud de las mujeres al envejecer.

El punto de partida de estas II Jornadas ha sido el reconocimiento de las diferencias existentes en el proceso de envejecimiento de hombres y mujeres en la medida en que las experiencias y estilos de vidas de unos y otras van a determinar la vejez. Desde este punto teórico y en base a los objetivos anteriormente expuestos, hemos abordado, de manera multidisciplinar, la salud de las mujeres mayores atendiendo al criterio de diversidad existente en el colectivo de las mujeres.

Las distintas ponencias desarrolladas se abordaron desde tres bloques generales: “El envejecimiento una experiencia diferente para cada mujer”, “Envejecer con salud” y “Atención integral a la salud de las personas mayores con perspectiva de género”. Además, tres conferencias nos permitieron analizar los diferentes aspectos del envejecimiento de la población desde una perspectiva de género, así como el impacto potencial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en las mujeres cuidadoras.

Ahora, en el marco de una normativa histórica en materia de igualdad, esperamos que el debate surgido de estas Jornadas, cuyas actas presentamos, haya supuesto un estímulo para instituciones, colectivos sociales y para el conjunto de la sociedad en general, en el compromiso conjunto por procurar un envejecimiento saludable para toda la población.





**Un Marco de Acción  
centrado en la Mujer,  
el Envejecimiento y  
la Salud**

**Alexandre Kalache**

*Coordinador del Programa sobre  
Envejecimiento y Salud de la  
Organización Mundial de la Salud*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

**Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género**



World Health Organization



## A Framework for Action on Women, Ageing and Health

# Un Marco de Acción centrado en la Mujer, el Envejecimiento y la Salud



Ageing and Life Course

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

Un Marco de Acción  
centrado en la Mujer,  
el Envejecimiento y la Salud  
*Alexandre Kalache*



13

**Alexandre Kalache**  
**Coordinador del Programa sobre**  
**Envejecimiento y Salud de la**  
**Organización Mundial de la Salud**  
**(OMS)**



*Ageing and Life Course*



# Datos previos



Ageing and Life Course

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

Un Marco de Acción  
centrado en la Mujer,  
el Envejecimiento y la Salud  
*Alexandre Kalache*



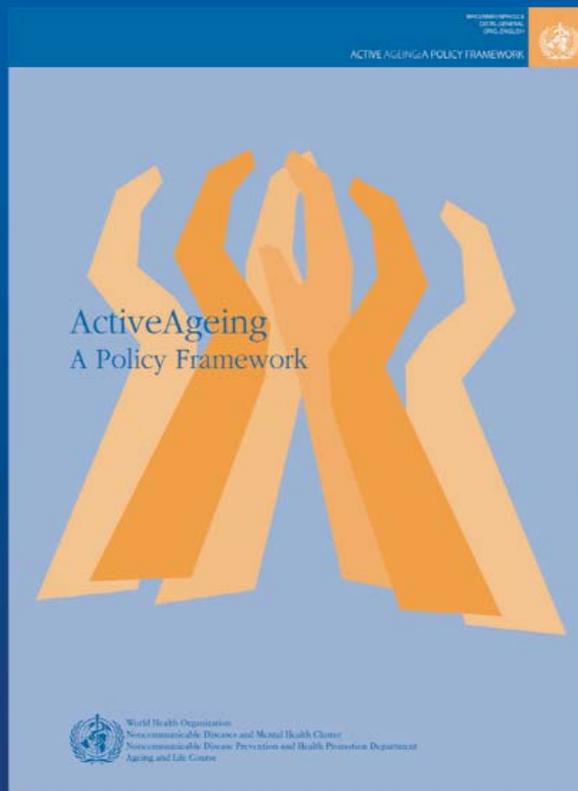
15

# Envejecimiento Activo:

## Un marco de políticas



Ageing and Life Course



## **“Envejecimiento Activo” Definición de la OMS:**

*El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.*



Ageing and Life Course



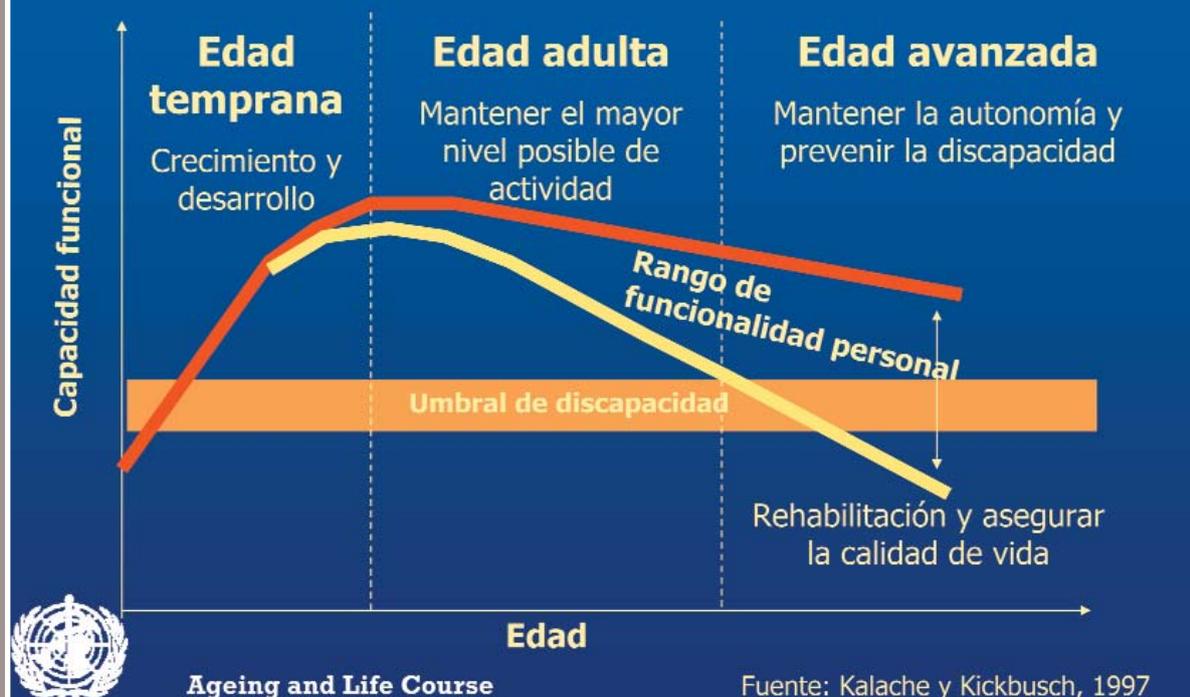
**En el año 2050 habrá en el mundo más de 1.000 millones de mujeres de más de 60 años.**



*Ageing and Life Course*



## Enfoque del ciclo de vida para el envejecimiento activo



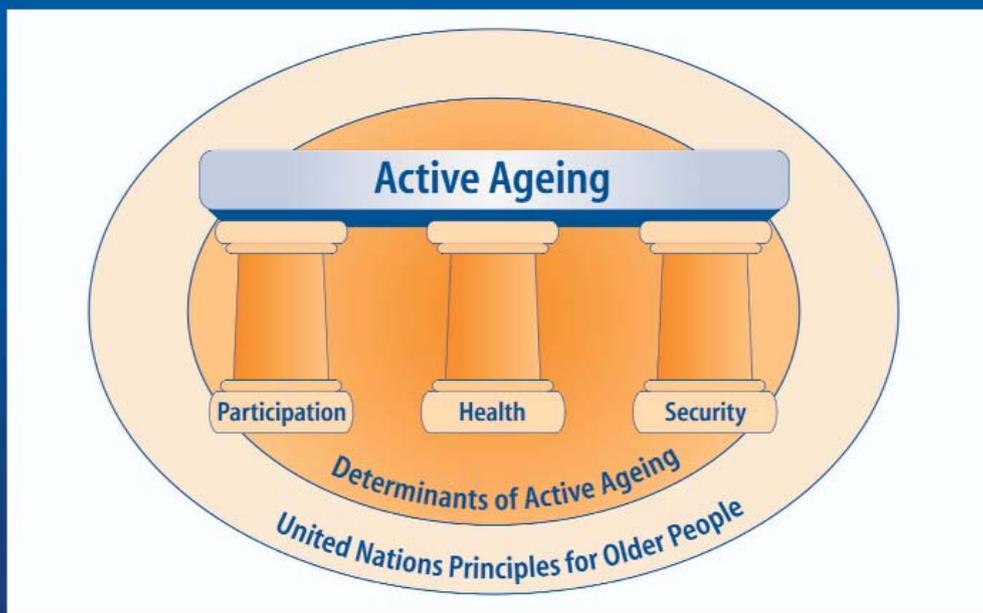
## Determinantes del Envejecimiento Activo



Ageing and Life Course



## Los tres pilares del marco de políticas para el Envejecimiento Activo



Ageing and Life Course

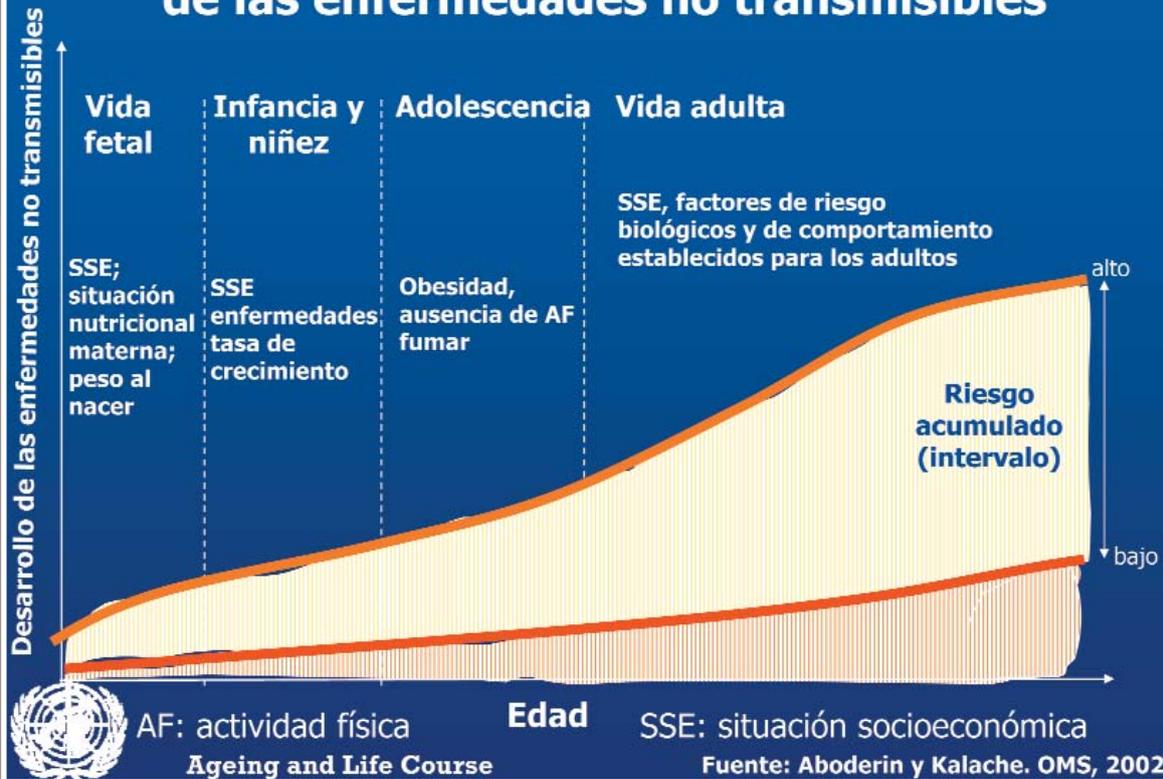
II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

Un Marco de Acción  
centrado en la Mujer,  
el Envejecimiento y la Salud  
*Alexandre Kalache*



# Ámbito de aplicación para la prevención de las enfermedades no transmisibles



# Mujer, envejecimiento y salud

## El informe



Ageing and Life Course

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

Un Marco de Acción  
centrado en la Mujer,  
el Envejecimiento y la Salud  
*Alexandre Kalache*



23

## Mujer, envejecimiento y salud: aplicación de los determinantes del enfoque de Envejecimiento Activo

	SERV	PERS	COMP	ENT	SOC	ECO
PROBLEMAS:						
IMPLICACIONES para						
PRÁCTICA DE POLÍTICAS						
INVESTIGACIÓN						



Ageing and Life Course



# Progresando



Ageing and Life Course

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

Un Marco de Acción  
centrado en la Mujer,  
el Envejecimiento y la Salud  
*Alexandre Kalache*



25



World Health  
Organization



## A Framework for Action on Women, Ageing and Health

# Un Marco de Acción centrado en la Mujer, el Envejecimiento y la Salud

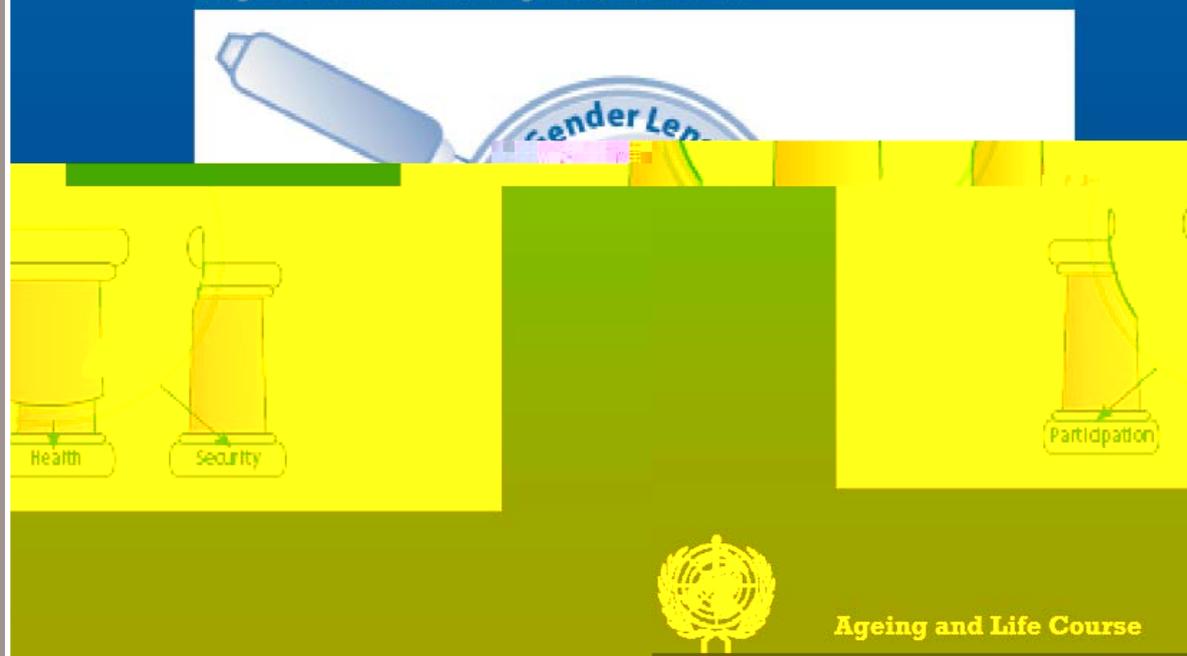


Ageing and Life Course



## Una lupa con capacidad de respuesta al género y a la edad

Figure 4. A Gender- and Age-Responsive Lens



Ageing and Life Course



### Pilar 1: la Salud

Determinantes	Problema	Respuesta de las políticas / del Programa	Investigación
Servicios sanitarios	Atención primaria no adaptada a las personas mayores y sin capacidad de respuesta al género	Adoptar estándares adecuados a todas las edades y con capacidad de respuesta al género	¿Cuál es la mejor forma de implementar estos estándares?
Determinantes del comportamiento	Ausencia de programas de promoción de la salud para las personas de edad avanzada	Formar al personal de atención primaria en promoción de la salud y en el asesoramiento referido a problemas de estilos de vida	¿Incide el asesoramiento en un cambio de comportamiento?
Determinantes personales	Los servicios están principalmente orientados a la edad reproductiva	Ampliar los servicios de gestión y prevención de enfermedades crónicas	¿Qué asistencia continuada se necesita para cubrir la asistencia crónica de las mujeres y de los hombres de edad avanzada?
Determinantes sociales	Las restricciones culturales limitan el acceso de las mujeres de edad avanzada	Proporcionar programas de alcance en la comunidad	¿Cuáles son los costes y los beneficios económicos de los programas de alcance?
Determinantes económicos	Coste de los medicamentos	Crear un plan de ayuda para medicamentos y utilizar medicamentos genéricos menos caros	¿Qué impacto tiene el acceso al plan de ayuda para medicamentos en las mujeres y los hombres de edad avanzada?
Entorno físico	Ausencia de transporte adecuado	Proporcionar transporte al centro de salud adaptado a la discapacidad	¿Qué tipo de transporte se necesita y qué grado de satisfacción ofrece?



## Pilar 2: Participación

Determinantes	Problema	Respuesta de las políticas / del Programa	Investigación
Servicios sanitarios	Las mujeres de edad avanzada son receptoras pasivas de asistencia	Crear grupos de mujeres que expresen sus necesidades	Desarrollar indicadores para medir el uso de los servicios de prevención
Determinantes del comportamiento	Sentimiento de derrota (baja autoeficacia)	Proporcionar actividades en grupo dirigidas al mismo colectivo	Evaluar las actitudes y los comportamientos antes y después de las intervenciones
Determinantes personales	Limitaciones culturales en la participación	Involucrar a grupos (religiosos) basados en la fe en el apoyo a la atención primaria	¿Cómo llegar a involucrar a los líderes religiosos en el desarrollo de políticas relacionadas con la salud?
Determinantes sociales	Muchas mujeres de edad avanzada viven solas	Utilizar los centros comunitarios como lugares de reunión para personas mayores	¿Cómo llegar a las personas con más riesgo y hacer que participen en programas comunitarios?
Determinantes económicos	No hay servicio de atención primaria en áreas donde viven personas de edad avanzada con carencias	Mejorar el transporte a los centros de atención primaria desde las áreas con carencias	¿Cuáles son las posibilidades de transporte y las ventajas y desventajas de cada opción?
Entorno físico	Dificultad en la comprensión y la utilización del sistema debido a la burocracia	Facilitar indicaciones verbales y señales claras	Comenzar una investigación cualitativa para hacer seguimiento y mejorar la claridad de las indicaciones dadas



Ageing and Life Course

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde una Perspectiva de Género

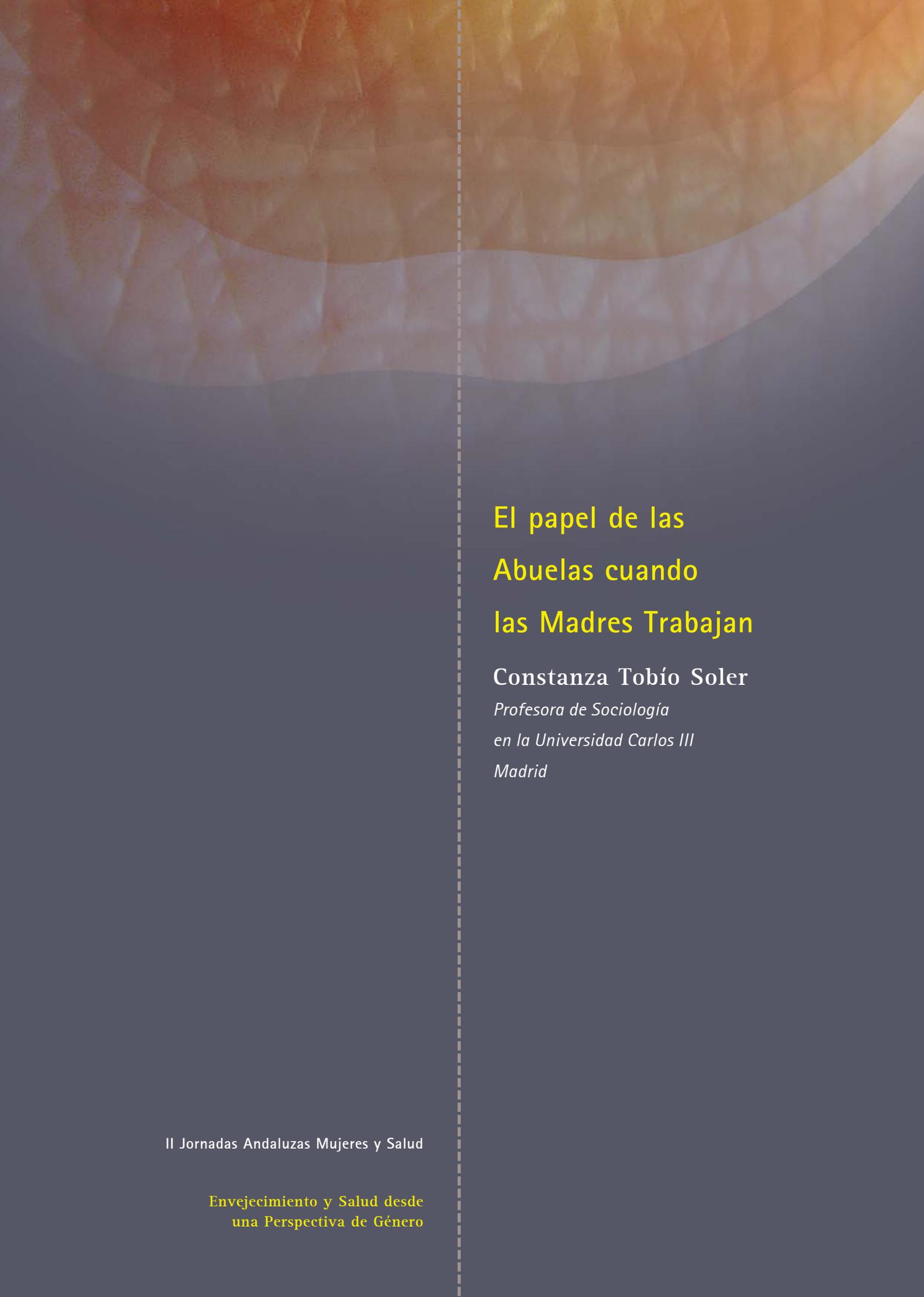
Un Marco de Acción centrado en la Mujer, el Envejecimiento y la Salud  
Alexandre Kalache



### Pilar 3: Seguridad

Determinantes	Problema	Respuesta de las políticas / del Programa	Investigación
Servicios sanitarios	Barreras económicas de los servicios	Implementar servicios sin coste	¿Cómo incide la no aplicación de costes en el uso de los servicios?
Determinantes del comportamiento	No hay incentivos para el personal de atención primaria para ofrecer servicios de prevención de enfermedades	Gratificar al personal de asistencia primaria que ofrezca servicios de prevención de enfermedades	Evaluar el comportamiento antes y después de esta intervención
Determinantes personales	Ansiedad en cuanto a las largas distancias y a las largas esperas para las citas	Establecer un sistema de horario adecuado de citas para las personas mayores	¿Cuáles son las preocupaciones y ansiedades específicas de las personas mayores en este ámbito?
Determinantes sociales	Miedo al maltrato psicológico o verbal por parte del personal de asistencia primaria	Formar al personal de asistencia primaria a ser conscientes con la edad y el género	¿Cuáles son los diferentes métodos que se pueden utilizar para formar al personal de asistencia primaria?
Determinantes económicos	Seguro o ayudas en la asistencia sanitaria inexistentes	Proporcionar pensiones por edad y ayudas de la seguridad social a las personas de edad avanzada	¿Cuál es el impacto de las pensiones no contributivas y de las ayudas sanitarias en el acceso y uso de los servicios por parte de las personas de edad avanzada?
Entorno físico	El centro de asistencia primaria está situado en un área insegura y con alta tasa de criminalidad	Proporcionar accesos visibles y abiertos y con una buena iluminación	¿Cuáles son las preocupaciones específicas y qué permitiría a las personas de edad avanzada el poder venir al centro?





# El papel de las Abuelas cuando las Madres Trabajan

Constanza Tobío Soler

*Profesora de Sociología*

*en la Universidad Carlos III*

*Madrid*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

## La autonomía de los mayores

Paralelamente al envejecimiento de la población<sup>1</sup>, se ha producido en los últimos años en España un aumento destacable de la autonomía de los mayores, tanto desde el punto de vista económico como residencial. Durante las tres últimas décadas<sup>2</sup>, las pensiones públicas, la mayor parte de las cuales son pensiones de jubilación o viudedad, han pasado de un 1,7% (1964) a un 10,5% (1995) del producto interior bruto, manteniéndose la proporción prácticamente constante a partir de esa fecha. El gasto real por persona en pensiones entre estas dos fechas se ha multiplicado en términos reales por dieciséis. Las pensiones representan hoy el principal gasto social, sin haber bajado nunca por debajo del 30% a lo largo de este periodo y habiendo llegado en algunos años al 47% de gasto en este capítulo. El número de personas de más de sesenta y cuatro años que recibe una pensión ha aumentado de tres millones a medio en 1974 a más de seis millones en 2002 y del total de personas en esa edad el 98,9% recibe algún tipo de pensión pública, bien de la Seguridad Social y de carácter contributivo, bien asistencial. El reparto, sin embargo, acusa un cierto desequilibrio según el sexo: los hombres reciben ciento diez pensiones por cada cien personas, las mujeres sólo noventa y dos.

La creciente autonomía económica de los mayores ha producido un fenómeno históricamente nuevo en España: muy pocos dependen económicamente de sus hijos (2,7% totalmente y 6,6% en parte). En cambio, uno de cada cuatro aporta ayuda económica a sus hijos o a otros familiares<sup>3</sup>. Es decir, los mayores no sólo ya no representan para sus familias una carga económica sino que con frecuencia ayudan a las personas necesitadas de su entorno, corroborando así el argumento de Claudine Attias-Donfutiv, acerca de los mecanismos de redistribución económica a escala familiar que, al menos en parte, contrarrestan los mayores esfuerzos presupuestarios de las políticas públicas dirigidas a la población de más edad, en comparación con las que se dirigen a los jóvenes. Se trata de un debate en torno a las consecuencias del creciente gasto en pensiones y cuidados sanitarios de los de más edad para las generaciones activas, sustentado en una “contabilidad generacional”<sup>5</sup> que establece la relación entre lo que cada generación aporta y recibe del estado a lo largo de la vida. De acuerdo con estos cálculos, los derechos adquiridos por las actuales generaciones pesarían fuertemente sobre las futuras. Otros autores, sin embargo, como André Masson, han objetado el diagnóstico pesimista de esta aproximación por no tener en cuenta aspectos como el previsible aumento de las tasas de crecimiento económico o las medidas políticas y financieras que, generalmente, han acompañado el sistema de pensiones basado en el mecanismo de reparto<sup>6</sup> para hacerlo viable<sup>7</sup>.

La autonomía residencial es el otro aspecto del nuevo modelo de envejecimiento. Cuatro de cada cinco mayores (80,6%) vive en su propia casa, con pareja, hijos u otros familiares<sup>8</sup>. Normalmente, cuando los hijos viven en la casa de sus padres, son éstos los dependientes, en especial en España y en los países del Sur de Europa, donde los jóvenes se emancipan tarde, cada vez más tarde. Por ejemplo, en nuestro país casi la mitad (45,6%) de los hombres de 25-29 años que trabajan todavía vivían en el hogar familiar en 1986; a partir de esa fecha la proporción ha seguido creciendo hasta alcanzar un 58,6% en 1994. Los datos son similares para Grecia e Italia, pero muy distintos para Francia (18,4%), el Reino Unido (19,9%) o Alemania (25,6%)<sup>9</sup>. Una combinación de tendencias tradicionales que asocian emancipación a matrimonio y de nuevos problemas que dificultan el empleo estable y el acceso a la vivienda, explica, probablemente, la tardía formación de nuevos hogares jóvenes. Asistimos paradójicamente a un proceso de aumento de la autonomía residencial de los de más edad y de disminución de la de los más jóvenes.

Las mujeres viven con frecuencia en la casa de sus hijos que los hombres, especialmente cuando pierden a su pareja y sobre todo a partir de los setenta y cinco años. La explicación de esta pauta distinta está en gran parte en la más elevada esperanza de vida al nacimiento de las mujeres. Según datos correspondientes a 1999, la cifra era de 82,5 años (la más alta de Europa), frente a 75,3 para los hombres<sup>x</sup>. Cuando los hombres se hacen mayores suelen ser cuidados por sus mujeres, que son más jóvenes y, además, viven más años. Cuando ellas se hacen mayores suelen estar solas y alcanzan edades más avanzadas<sup>11</sup>. Con mayor frecuencia van a vivir con sus hijas o hijos, aunque ello ocurre cada vez menos y cada vez más tarde.

Vivimos hoy un proceso de transición de un viejo modelo en el que los mayores son la exclusiva responsabilidad de la familia, a uno nuevo en el que estas obligaciones se comparten entre la familia y el estado. El sostenimiento económico de la población de más edad es hoy una responsabilidad pública a través del sistema de pensiones<sup>12</sup>. La autonomía residencial de los mayores puede considerarse como un indicador del éxito del nuevo modelo económico, así como de las nuevas formas de vida que rechazan la convivencia de tres generaciones en el mismo hogar. Cuando las personas que envejecen requieren cuidados<sup>13</sup>, son todavía hoy las familias –las mujeres de la familia– quienes los asumen, pero es dudoso que este modelo sea compatible en el futuro con la generalización de la actividad laboral de las nuevas generaciones. En el actual momento de transición no es infrecuente que la última generación de amas de casa, las abuelas de hoy, alterne el cuidado de los nietos con el sus propios padres.

## Las abuelas cuidadoras

Los mayores reciben cuidados, pero también son muy importantes como cuidadores. La ayuda de la red familiar, especialmente de la generación precedente, es para las madres trabajadoras españolas el recurso principal con el que cuentan para compatibilizar los dos mundos en los que están presentes. Las políticas sociales, el mercado y la familia constituyen los tres pilares principales del sistema de bienestar<sup>14</sup> (Esping-Andersen 1990, 1999; Lewis y Daly 1999, 2000). En lo que se refie-



re a la conciliación de familia y trabajo, el reparto entre esos tres elementos acusa un agudo desequilibrio, según la experiencia de las madres trabajadoras españolas. El recurso principal con el que cuentan es la abuela materna, es decir, sus propias madres (27% de las respuestas). Si se considera que la abuela materna no siempre existe o reside en la misma localidad que su hija (sólo lo hace en poco más de la mitad de los casos, 55,8%) su importancia relativa se acrecienta. En segundo lugar, aparece el hombre, el padre, la pareja de las madres que trabajan. Si a ello se añade un 10% de respuestas que señalan como ayuda principal a otros parientes, resulta que la red familiar constituye el recurso clave para compatibilizar esos dos mundos en dos de cada tres casos. El mercado, es decir, la ayuda doméstica remunerada, representa un 9% de los casos, mientras que la presencia del estado<sup>15</sup> en cuanto apoyo a la compatibilización es prácticamente testimonial: el 1,5% de las respuestas se refiere a los servicios que ofrece el centro escolar. A ello se añade el espacio y el tiempo: vivir cerca del trabajo o del colegio de los niños y tener un horario de trabajo compatible con las responsabilidades familiares.

Tabla 1

Qué ayuda más a las madres trabajadoras a hacer familia y empleo compatible (%)

(Los datos se refieren a todas las madres trabajadoras que viven con al menos un hijo de menos de 18 años)

La ayuda de su madre	26.7
La ayuda de su marido/pareja	24.7
Vivir cerca del trabajo	13.9
La ayuda de otros miembros de la familia	10.2
La ayuda doméstica remunerada	9.2
El horario de trabajo	7.8
Vivir cerca del colegio de los niños	4.4
Los servicios que ofrece el centro escolar	1.5
Otros recursos	0.7
Nada	0.8
TOTAL	100

Fuente: Encuesta de Compatibilización Familia-Empleo

Según datos de la ECFE, más de tres de cada cuatro madres que trabajan (77%) tienen un familiar próximo viviendo en la misma localidad. En el 56% de los casos es su propia madre, en el 44% el padre, 43% la suegra y 37% el suegro. La mitad de las madres trabajadoras cuya madre vive en la misma localidad viven en el mismo barrio que ella, pero raramente en la misma casa (11%). La excepción, según datos censales, son las madres solas –que no viven con una pareja masculina–

quienes frecuentemente (29% de los casos) viven con su madre. Las diferencias según el estado civil (que en buena parte reflejan la edad) son muy acusadas: más de la mitad de las madres solteras (60%) viven con su madre, porcentaje que se reduce a un 10% en el caso de las viudas.

**Tabla 2**

Núcleos familiares según tipo. España 1991.

(Los datos se refieren a madres con al menos un hijo de menos de 18 años y proceden del Censo de Población de 1991)

	Casadas / En pareja	Madres solas Solteras	Madres solas Divorciadas	Madres solas Viudas	Madres solas Todas	Total
Hogares con un núcleo	85.9	27.9	63.8	75.7	59.3	83.9
Núcleo con otros	14.1	72.1	36.2	24.3	40.7	16.1
Sin abuela	11.0	12.4	9.9	14.3	11.6	11.0
Con abuela	3.2	59.7	26.3	10.1	29.1	5.1
Todos	100	100	100	100	100	100

Fuente: Fernández Cordón y Tobío 1998: 67

Las estrategias espaciales complementarias para vivir cerca de la abuela son algo más importantes entre madres trabajadoras de nivel socioeconómico bajo. Las que residen en la misma casa se elevan a un 13% (frente a un 5% entre las de nivel alto). Las que viven en otro barrio son menos de la mitad (47%), que aumenta a casi dos tercios (59 %) entre las de nivel alto.

**Tabla 3**

Lugar de residencia de la madre de la entrevistada por nivel socioeconómico de la entrevistada (base=entrevistadas con madres residentes en la misma localidad) (% verticales)

	Nivel socio- económico alto	Nivel socio- económico medio	Nivel socio- económico bajo	TOTAL
En la propia casa	4,8	11,7	13,2	10,9
En el mismo edificio	4,0	3,4	6,4	4,5
En la misma calle	5,6	2,2	3,6	3,3
En el mismo barrio	26,4	28,7	30,0	28,7
Otro barrio	59,2	54,0	46,8	52,6
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Compatibilización Familia-Empleo (chi cuadrado significativo al ,071; 1 casilla (6,7%) tiene una frecuencia esperada <5)



La ayuda de las abuelas está claramente asociada a la proximidad espacial de sus hijas y nietos. Tres de cada cuatro madres trabajadoras cuya madre vive en la misma casa, edificio o calle son ayudadas por ella en el cuidado de los hijos. La cifra baja a un 51% para aquellas que viven en el mismo barrio y a un 38% para las que lo hacen en la misma localidad pero en otro barrio.

**Tabla 4**

Abuelas maternas que cuidan a los nietos según lugar de residencia

(Los datos se refieren a entrevistadas cuya madre vive en la misma localidad, N=673)

(% verticales)

	La misma casa	El mismo edificio	La misma calle	El mismo barrio	La misma localidad
Abuelas que cuidan a los nietos	79.2	56.7	72.7	51.3	37.6
Abuelas que no cuidan a los nietos	20.8	43.3	27.3	48.7	62.4
TOTAL	100	100	100	100	100

*Fuente: Encuesta de Compatibilización Familia-Emplo (chi cuadrado significativo al ,000; 0 casilla frecuencia esperada <5)*

La mayor parte de la ayuda que proporcionan los abuelos tiene que ver con el cuidado de sus nietos. En casi la mitad de los casos (46 %) la abuela materna cuida cotidianamente a los hijos en edad preescolar (cuando viven en la misma localidad y la madre trabajadora tiene al menos un hijo de menos de 6 años). En otro 38 % de los casos la abuela materna se encarga del cuidado de los nietos cuando vuelven a casa después del colegio, bien en su propia casa o en la de su hija. Estas son propiamente las madres vicarias, estrategias principales para las madres trabajadoras, que cubren la totalidad de situaciones que puedan presentarse.

*"A las nueve yo entro en Barcelona para dejar a mi hija en la casa de mi madre"*

(GD, madres trabajadoras, 30-39 años, clase media, Barcelona)

*"Yo casi se puede decir que a mis hijos los han criado los abuelos... cuando tenía que ir a trabajar se los subía a mi madre o bajaba mi madre."*

(EP, 34 años, clase media, Valencia)

A menudo, las abuelas desempeñan otras muchas tareas como preparar comida para toda la familia de sus hijas (25%), llevar a los nietos a su centro escolar y recogerlos a la salida (19 %) e



incluso planchar (8,8 %) o coser (8,2 %). Se produce, así, una ampliación de la familia nuclear hacia un nuevo tipo de familia extensa en el que el papel tradicional de madre lo desempeña la abuela.

*"Levanto a mi hija, la visto y la dejo con mi madre. Para mediodía vuelvo a comer con ellas, en casa de mi madre. Afortunadamente mi madre me da de comer, con lo cual como estupendamente todos los días."*

(GD, madres trabajadoras, 20-29 años, clase baja, Madrid)

*"No comemos en mi casa, comemos en la de mi ama<sup>16</sup>. Entonces. ¿cocinar? ¿comer?: ama."*

(EP, 37 años, clase media, Bilbao)

*"[Cuando los niños eran pequeños] Yo venía a comer a casa, mi madre preparaba la comida."*

(EP, 38 años, clase media, Valencia)

A veces las hijas, ya casadas y a la vez con hijos, siguen hablando de la casa de su madre como "su casa": *"Yo paso mucho tiempo en mi casa, o sea en la de mi madre. Voy a comer con mi madre."* (Adela, empleada en una sucursal bancaria de Valencia, con dos hijos) Para los nietos "la casa" se prolonga a la de la abuela, que perciben tan propia como la de sus padres, y a veces incluso de otros familiares: *"El niño hay veces que me pregunta, 'Mamá, ¿hoy dónde me toca ir? ¿A casa de la abuela? ¿A casa de la tía?'"* (Queti, empleada en una panadería de Madrid, un hijo).

Diferentes autores, como Monique Bloch y Françoise Buisson<sup>17</sup>, han señalado el hecho de que la ayuda de la generación precedente se recibe generalmente a través de la línea femenina, aunque la ayuda a través de la línea masculina puede en ocasiones ser también importante. La gran encuesta sobre los abuelos en Francia realizada por Attias-Donfut y Segalen<sup>18</sup> (1998) muestra que la relación entre las abuelas y sus hijas que también son madres es mucho más intensa y frecuente que la que se da entre abuelas-hijos, abuelos-hijas o abuelos-hijos. En el caso español la ayuda de la generación anterior parece seguir una doble lógica de consanguinidad y de género. Por una parte, los parientes consanguíneos ayudan siempre más que los políticos (desde la perspectiva de la madre trabajadora). Las madres ayudan más que las suegras y los padres más que los suegros. Por otra parte, las mujeres ayudan más que los hombres, lo cual explica por qué las madres ayudan más que los padres y las suegras más que los suegros. Por ejemplo, como ya se ha mencionado, el 19% de las abuelas maternas llevan y traen a sus nietos del centro escolar, porcentaje que se reduce a un 11% en el caso de los abuelos maternos, a un 9% en el de las abuelas paternas y a un 5% en el de los abuelos paternos. Esta misma jerarquía se reproduce en la mayor parte de las tareas.

La ayuda de los abuelos parece ser menos autónoma que la de las abuelas. Es más importante cuando viven con su mujer, probablemente porque ésta es quien organiza el cuidado de los nietos y les anima a participar. Los abuelos se especializan en diferentes tipos de tareas como llevar o traer a los niños al colegio y cuidarlos cuando vuelven; raramente se encargan de la preparación de comida, realizan tareas de limpieza o llevan a los nietos al médico. Por el contrario, las abuelas maternas son los únicos parientes que ayudan de forma significativa en



tareas domésticas no directamente relacionadas con el cuidado de los nietos como limpiar, planchar o coser.

La ayuda de otros parientes diferentes de los abuelos es mucho más escasa, casi inexistente en el caso de otros parientes masculinos. Los mayores porcentajes corresponden al cuidado de niños después del colegio o de niños en edad preescolar por parte de parientes femeninos diferentes de las abuelas, sin sobrepasar en ninguno de los dos casos el 10%.

**Tabla 5**

Ayuda que aporta la red familiar de las madres trabajadoras en tareas domésticas ordinarias (% de madres trabajadoras con parientes que residen en su misma localidad y que son ayudadas por ellos)

TIPO DE TAREA	Abuela materna	Abuelo materno	Abuela paterna	Abuelo paterno	Otros parientes femenin.	Otros parientes masculin.
Cuidar niños en edad pre-escolar	31.3	18.8	15.0	7.4	6.6	2.2
Cuidar niños después del colegio	38.2	15.7	17.5	8.5	8.1	2.8
Llevar/traer niños al colegio	18.6	10.6	8.9	4.7	5.6	0.6
Preparar comida para los niños	23.0	4.5	6.0	1.1	3,2	0.1
Preparar comida para entrevistada	18.3	2.2	3.1	0	1.9	0
Preparar comida marido entrevistada	11.9	1.5	3.1	0.2	1.3	0
Limpiar la casa	9.4	0.7	1.7	0	3,2	0.4
Lavar ropa	8.6	0.4	1.7	0	2.7	0.3
Planchar	8.8	0.2	2.3	0	1.6	0.1
Coser	8.2	0.2	1.4	0	2.1	0.1
Hacer la compra	8.6	0.7	2.5	0	1.8	0.1
Llevar a los niños al médico	8.6	1.9	3.9	0.1	1.8	0.1
Ninguna tarea	46.2	73.8	75.9	87.4	87.4	95.3

*Fuente: Encuesta de Compatibilización Familia-Empleo*

El apoyo de la red familiar se hace todavía más importante en ocasiones extraordinarias, que de hecho no lo son tanto. Dos tercios de las madres trabajadoras cuentan con la ayuda de sus propias madres, cuando viven en la misma localidad, en situaciones como enfermedades de los hijos, vacaciones escolares, quedarse con los hijos por las noches cuando los padres salen o algún fin de

semana. Los porcentajes para los restantes miembros de la generación anterior son: 40% abuelos maternos, 36 % abuelas paternas, 22 % abuelos paternos. La ayuda de otro tipo de parientes femeninos es más importante en ocasiones extraordinarias que en ordinarias: hermanas, tías o cuñadas ayudan frecuentemente cuando se plantea una situación de este tipo. La ayuda de parientes masculinos es, por el contrario, mucho menos frecuente.

**Tabla 6**

Ayuda que aporta la red familiar de las madres trabajadoras en tareas domésticas extraordinarias de cuidado de niños

(% de madres trabajadoras con parientes que residen en su misma localidad y que son ayudadas por ellos)

TIPO DE TAREA	Abuela materna	Abuelo materno	Abuela paterna	Abuelo paterno	Otros parientes femenin.	Otros parientes masculin.
En fines de semana	29.9	20.4	13.8	9.6	6.8	2.3
Por la noche cuando salen los padres	33.7	18.9	16.7	11.2	8.9	2.5
Cuando los niños están enfermos	41.6	21.9	16.7	9.9	8.4	2.2
Durante las vacaciones escolares	33.0	19.8	13.8	8.5	6.6	1.2
Si la persona que los cuida no está disponible	11.7	6.5	5.3	3.4	5.6	0,9
Otras situaciones extraordinarias	38.9	22.8	18.3	12.6	11.5	5.2
Ninguna tarea	35.1	60.2	65.0	78.0	78.2	91.1

*Fuente: Encuesta de Compatibilización Familia-Empleo*

En cuanto a las situaciones extraordinarias relacionadas con los hijos, la proximidad espacial no es una condición necesaria respecto de la ayuda que proporcionan los abuelos. Aunque los que viven más cerca ayudan más, también los que viven lejos –incluso a veces en otra localidad– lo hacen. Por ejemplo, el 57% de las madres trabajadoras son ayudadas por sus madres residentes en la misma localidad pero en otro barrio.

La clase social diferencia la intensidad y el uso de la ayuda de las abuelas. Entre las madres trabajadoras de clase baja, éste es el recurso principal con el que cuentan porque la posibilidad de elección es muy limitada. Entre las familias de clase media, especialmente en pequeñas localidades o zonas rurales, todavía hay una cierta preferencia hacia una modalidad de cuidado familiar frente a la idea de dejar a los niños pequeños con “una extraña” o llevarlos a guarderías, al menos mientras son más pequeños. Las clases altas habitualmente encomiendan las tareas de cuidado a trabajadoras asalariadas, pero las abuelas no dejan de ejercer una función importante de supervisión o de respuesta a acontecimientos imprevistos, en especial cuando la madre tiene una dedicación laboral intensa.



Tabla 7

Opinión acerca de la importancia de la ayuda familiar por situación familiar de la entrevistada (Base= entrevistadas con red familiar en su localidad) (% verticales)

TIPO DE TAREA	Alto	Medio	Bajo	TOTAL
Sin su ayuda no podría trabajar	10.8	13.4	24.2	16.8
Muy importante	32.5	29.7	19.7	26.5
Importante o bastante importante	18.1	20.5	21.7	20.4
Poco o nada importante	38.6	36.4	34.4	36.2
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Compatibilización Familia-Emplo (chi cuadrado significativo al ,000; 0 casilla frecuencia esperada <5)

Charo y Sonia representan bien dos formas diferentes de ayuda, importantes en ambos casos, de la abuela materna. Charo trabaja en una imprenta, como se ha dicho anteriormente, tiene dos hijos, un horario de mañana y tarde, no le da tiempo a ir a casa a comer. Sale de su casa a las siete menos cuarto cada mañana y no vuelve hasta casi las seis de la tarde. La ayuda de su madre es imprescindible para que ella pueda trabajar: *“Ella sabe [la madre] que es la única a quien puedo pedir ayuda. Claro si no tuviera a mi madre no podría hacer nada. Yo tengo el apoyo de mi madre que es quien me echa una mano en llevar y traer a los críos y darles de comer... Sino, no podría trabajar porque yo no me puedo permitir una persona que los lleve, los traiga, que les dé de comer y esté con ellos mientras yo trabajo. Mi madre, vamos, y si no fuera por mi madre...”*

Para Sonia, abogada que ocupa un puesto directivo en una empresa multinacional, el papel de la abuela y de la familia en general es muy distinto. Es el último recurso con el que cuenta en caso de que algo trastoque su bien organizada maquinaria doméstica. El apoyo de la familia extensa le da una gran tranquilidad ya que sabe que cualquier eventualidad doméstica se soluciona fácilmente sin que afecte a sus responsabilidades profesionales (ya que en el mundo de su trabajo tal eventualidad no existe, menos todavía para ella que es una mujer y, por tanto, está siempre bajo sospecha de que sus prioridades son otras). *“Yo tengo el tema solucionado, pero vamos a suponer que el problema mío sea que la interna se tiene que ir al pueblo, como me ha ocurrido hace poco, que el padre se pone enfermo y de repente digo: ‘¡Uy! Y ahora ¿yo qué hago con los niños?’ Bien, entonces tengo a mi madre. Mi madre es viuda, vive sola y, entonces, no tengo problema, ella se encarga de todo lo que haga falta.”*

La solidaridad intergeneracional se intensifica cuando las madres están solas, en especial cuando las tres generaciones conviven, lo cual, como se ha visto anteriormente es frecuente en los casos de monoparentalidad.



**Tabla 8**

Opinión acerca de la importancia de la ayuda familiar por situación familiar de la entrevistada (Base= entrevistadas con red familiar en su localidad) (% verticales)

TIPO DE TAREA	Con pareja e hijos	Con pareja, hijos y pariente	Sin pareja con hijos	Sin pareja, hijos y pariente	TOTAL
Sin su ayuda no podría trabajar	14,9	20,7	17,4	60,0	16,8
Muy importante	25,4	36,6	27,5	24,0	26,5
Importante o bastante importante	21,6	20,7	11,6	8,0	20,4
Poco o nada importante	38,0	22,0	43,5	8,0	36,2
TOTAL	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Compatibilización Familia-Empleo (chi cuadrado significativo al ,000; 1 casilla (6,3%) frecuencia esperada <5)

Volver a la familia de origen después de la separación es relativamente frecuente, a veces incluso aunque ello exija un cambio en el lugar de residencia. La abuela suele desempeñar un papel clave para hacer posible que la madre trabaje, en ocasiones, incluso siendo quien le proporciona un empleo. La aceptación de la monoparentalidad y una holgada situación económica hacen todo más fácil. Son casos como el de Carmen en los que la familia de origen tiene plena capacidad para acoger a la hija que retorna y desea además hacerlo. Carmen vive en una pequeña ciudad del Norte de Castilla. Cuando se separó de su marido no trabajaba. Se fue a vivir con su madre, viuda y propietaria de un comercio de perfumería. Ahora trabaja con ella y ambas atienden la tienda a la vez que se turnan en el cuidado de la pequeña Marisol, hija única de Carmen. No tienen otros parientes cercanos y la relación con el padre de Marisol es prácticamente inexistente, pero forman una feliz y atípica familia de tres generaciones de mujeres. Carmen está muy agradecida a su madre quien le ha proporcionado casa y trabajo, además de ejercer de segunda madre de su hija. Dice que son como hermanas porque la diferencia de edad no es muy grande y se llevan muy bien. La abuela está feliz por vivir acompañada y por compartir la responsabilidad del negocio con su hija. Ambas, madre e hija, están contentas con su forma de vida actual y no desean cambiarla.

En otros casos, la ayuda de la red familiar es intensa y necesaria pero no deseada ni por quien la recibe ni por quien la da. Las madres preferirían vivir solas pero no se lo pueden permitir. Sus familias de origen también desearían que no hubiera tenido lugar el retorno de sus hijas o que no hubieran tenido hijos. No hay una salida fácil, la solidaridad intergeneracional se ejerce, pero de forma conflictiva y no querida.

Concha, veintitrés años, vive en Madrid, está soltera y tiene una niña de un año. A los dieciocho años se emancipó de sus padres y empezó a trabajar como dependienta en una tienda de ropa. Compartía piso con unas amigas y durante unos meses vivió con su novio. Se quedó embarazada sin haberlo programado pero decidió tener el hijo. Poco antes de que éste naciera se separó del padre. Ella sola no podía trabajar y cuidar al niño, por lo que decidió volver a vivir con sus padres,



pero la vuelta no fue fácil. Le pusieron condiciones referidas a su forma de vida. Concha siente que no la aceptan como adulta, que la tratan como cuando era una niña, exigiéndole, por ejemplo, no volver a casa después de la diez de la noche. Siente que sus padres la castigan por un comportamiento que reprueban moralmente. Ahora la abuela cuida al niño mientras ella trabaja, lo cual es importante porque ninguna guardería tiene un horario tan amplio como para hacerlo compatible con el horario de la tienda. Por otra parte, sus ingresos medios hacen que su hijo no sea aceptado en las guarderías públicas y las privadas son demasiado caras. La ayuda de la abuela es imprescindible, así como el alojamiento gratuito en casa de los padres, pero se siente muy a disgusto y desearía vivir sola con su hijo. No sabe cuándo se lo podrá permitir.

María tiene veintiún años y una hija de dieciocho meses que no conoce a su padre porque se separó de él cuando estaba en el tercer mes de embarazo. María no trabajaba y no estaba legalmente casada. Tuvo que recurrir a la asistencia social y estuvo en una residencia en Madrid. Le proporcionaron un trabajo limpiando casas a domicilio y una guardería para el niño, así como alojamiento gratuito. Cuando la niña cumplió un año tuvo que abandonar la residencia y volvió a La Coruña a vivir con su madre. Su situación ahora es muy difícil. Se lleva mal con la madre quien por otra parte trabaja todo el día y tiene poca disponibilidad para cuidar a su nieto. Ha encontrado un trabajo y una guardería pública gratuita, aunque tiene que pagar el comedor. Los horarios de la guardería no coinciden con los de su trabajo y no sabe como solucionar ese desfase temporal. Querría vivir independientemente pero su modesto salario lo hace imposible.

A veces, la monoparentalidad se resuelve de forma innovadora, apuntando a nuevos modelos de relación familiar. Maite tiene veintidós años y estudia Ciencias Económicas. Está soltera y tiene un niño de año y medio. Vive ahora y ha vivido siempre con su madre. Cuando se quedó embarazada ella le dijo que la ayudaría a cuidar al hijo para que pudiera seguir estudiando. La madre, está separada de su primer marido, el padre de Maite, pero se volvió a casar. Está trabajando por lo que no puede encargarse diariamente del cuidado de la nieta. Maite va a la universidad por las mañanas y quien cuida a la niña es Tomás, el actual marido de su madre, la abuela, que está ya jubilado. Así lo cuenta Maite, con sus propias palabras:

*"Quien se ocupa de la educación de mi hijo es mi padre, que ya está jubilado, porque mi madre también trabaja. Yo me ocupo por las tardes cuando puedo, pero básicamente es mi padre, o sea no es mi padre sino el marido de mi madre, el que se ocupa de todo... claro, es una gran ayuda. [...] Sí, es que es muy atípico. Mi padre, el biológico, ha sido para mi madre y para mí...nada, la pensión que nos pasaba y... bueno, el teléfono, un padre telefónico... y nada y eso, mi padre es quien se ocupa, mi hijo es más o menos como mi hermano porque son ellos los que me ayudan... del padre de mi hijo no sé nada."*

En este caso la solidaridad intergeneracional se adapta a una situación que será cada vez más frecuente. La variable clave es la disponibilidad de los jubilados, frente a las restricciones de tiempo de los que todavía trabajan. La diferencia de edad a favor de los hombres que suele haber en las parejas va a hacer cada vez más frecuente que durante unos años ellos estén jubilados y ellas trabajando, lo cual puede animar su participación en las actividades domésticas y de cuidado. La



mente abierta de los miembros de esta familia hace que una situación difícil se haya resuelto de forma armoniosa y satisfactoria para todos.

## Intercambio y solidaridad entre generaciones de mujeres

La mayor parte de la literatura sobre la ayuda de las abuelas y los abuelos a los nietos se refiere a situaciones excepcionales como el divorcio, la maternidad adolescente, la pobreza, la drogadicción o las situaciones de abuso, generalmente centrándose en los aspectos psicológicos de la relación entre las tres generaciones<sup>19</sup>. Hay, sin embargo, evidencia creciente de la importancia de las tareas de cuidado de los abuelos hacia los nietos en situaciones y en contextos “normales”. Una encuesta europea de finales de los años noventa<sup>20</sup> muestra que el 14% de las mujeres de más de cincuenta años, así como el 7% de los hombres, cuidan a diario niños pequeños, generalmente sus nietos. Los porcentajes más altos (para las mujeres) se alcanzan en Italia (29%) y en Grecia (25%). Bélgica y en Holanda se sitúan por encima de la media europea, mientras que en el extremo opuesto se sitúa Dinamarca (5%). Las diferencias entre hombres y mujeres son más elevadas en los países del Sur y en Irlanda, tanto en dedicación como en intensidad. Curiosamente, España se sitúa en una posición intermedia. Si bien la proporción de mujeres que asume cotidianamente tareas de cuidado es inferior a la media de los países estudiados (12%), el número de horas que dedican es muy superior: la mayoría (65%) más de cuatro horas diarias. Ello es congruente con los datos obtenidos en la ECFE que muestran el carácter de sustitución necesaria de la ayuda que los abuelos prestan a sus hijas y nietos.

La comparación con el caso francés resulta ilustrativa. Tal como ha mostrado la investigación realizada por Claudine Attias-Donfut y Martine Segalen<sup>21</sup>, la ayuda de abuelas y abuelos es muy importante en Francia y, además, ha aumentado en los últimos años. En el 25% de los casos, cuando las madres no cuidan personalmente a sus hijos de menos de tres años es uno de los abuelos, más habitualmente una abuela, quien asume esta tarea. El 85% de las abuelas y el 75% de los abuelos cuidan regularmente a sus nietos. La variable clase social es fuertemente discriminante en lo que se refiere a la intensidad: entre las familias de clase baja es mucho más frecuente el cuidado diario que en las de clase media y alta. Las abuelas inactivas, así como las que están ocupadas en empleos de escaso nivel de cualificación, son quienes en mayor medida asumen este tipo de tareas de forma diaria, situación que raramente se da entre las abuelas profesionales. En Francia la solidaridad intergeneracional se combina con generosos y variados dispositivos de política social orientada a facilitar la conciliación del empleo y las responsabilidades familiares desde las guarderías públicas a las “assistantes maternelles” o la subvención de la ayuda doméstica remunerada mientras los hijos son pequeños<sup>22</sup>. De hecho, el gasto en protección social es alto en Francia (5608 unidades de compra por habitante), más alto que en el conjunto de la Unión Europea (5120)<sup>23</sup>. La solidaridad intergeneracional no sustituye sino que complementa la acción del estado<sup>24</sup>.

El caso español es muy diferente. El papel de los abuelos como cuidadores y de las abuelas como madres vicarias no puede considerarse excepcional en la medida que son hoy el principal recurso para hacer que la conciliación familia-empleo sea posible. Sin embargo, la rápida transición de un



viejo modelo de familia basado en la división de funciones entre mujeres y hombres a un nuevo modelo basado en la doble ocupación confiere a la situación actual un carácter de excepcionalidad. La generación actual de madres trabajadoras, como se vio en el *Capítulo 4. Abuelas madre e hijas*, es muy diferente de la generación anterior, y muy consciente de serlo. Además de desearlo. Se sienten, y son, pioneras generacionales que se enfrentan a nuevos problemas para los que no hay todavía soluciones dadas. Tienen que encontrar soluciones urgentes, del momento, no siempre las mejores posibles. Pero cuentan con la solidaridad, más allá de la reciprocidad, de la generación precedente, tan distinta y a pesar de ello tan dispuesta a prestar gustosamente ayuda.

Sin embargo, para las madres trabajadoras de hoy, la ayuda de la red familiar no parece ser un modelo de futuro, sino solamente una solución provisional para una generación de transición. Esta es, quizá, la razón por la que no hay una idea de reciprocidad con las siguientes generaciones, sus hijas. Cuando se les pregunta a madres trabajadoras a quienes ayudan sus propias madres, si en el futuro –cuando sus hijas se enfrenten a los problemas que ellas viven hoy– reproducirán el rol de abuelas cuidadoras, la respuesta más frecuente es “¡No!”. Dicen que estarán trabajando, descansando o viajando, pero no haciendo de madres-abuelas.

- *Pues guardaría al canto, porque las abuelas esteremos trabajando*
- *No me quedaré, por supuesto, con mi nieto. Eso lo tengo muy claro.*
- *Hombre yo pienso que por hobby no. O sea, porque mi hija gane más, tenga mejor vida, no. Pues para que la tenga ella, la tengo yo... que también he pasado lo mío.*

(GD madres trabajadoras, 20-29 años, clase baja, Madrid)

*“Hoy llamamos a nuestras madres cuando el niño se nos pone malo, ya veremos si nuestras hijas nos van a llamar a nosotras, porque me parece que nosotras...”*

(GD madres trabajadoras, clase media, trabajan, 30-39 años)

*“Yo no dejaré mi trabajo por cuidar los hijos de mi hija.”*

(EP, 35 años, clase media, Madrid)

No hay en el discurso de las madres trabajadoras complejo de culpa ni idea de reciprocidad entre generaciones, de que deban dar a la siguiente generación la ayuda que hoy están recibiendo de la precedente. Ello se explica seguramente porque se consideran diferentes, se consideran como una generación de transición que tiene que recurrir a soluciones de urgencia, a estrategias provisionales, como la solidaridad y ayuda de sus propias madres, soluciones que no constituyen un modelo de futuro.

Así, la última generación de mujeres mayoritariamente amas de casa, la generación de las abuelas, duplica su rol de madre, primero cuidando a sus propios hijos, después a sus nietos. En cambio la primera generación de madres trabajadoras no reproducirá, o al menos eso creen hoy, el rol de abuela cuidadora con sus futuros nietos, modificándose y reduciéndose los intercambios entre generaciones. La última generación representante del viejo rol doméstico femenino, la de las abuelas, ejerce una doble solidaridad generacional, primero cuidando a sus hijos y después a sus nietos.



La primera generación representante del nuevo rol laboral femenino recibe una doble ayuda, primero a través de la socialización primaria de sí mismas, después a través del cuidado de sus hijos. Entre una y otra el intercambio no es equivalente ni tampoco, parece ser que se vaya a retomar la reciprocidad de los intercambios con la siguiente generación de las más jóvenes. El ciclo se cierra y lo que era un asunto de mujeres emerge como un nuevo problema social que a todos concierne.



## Referencias Bibliográficas

1. La proporción de la población de 65 y más años representa el 16,7% del total, una cifra sólo un poco más alta que la media de la Unión Europea (16,3%). En el 2020 se estima que habrá aumentado al 19,8% mientras que en el conjunto europeo lo hará hasta alcanzar un 20,6% [Observatorio de Personas Mayores *Las personas mayores en España. Informe 2002. Datos Estadísticos Estatales por Comunidades Autónomas*, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid, 2002, p. 43]. Sin embargo, el envejecimiento por la base -es decir, la proporción decreciente del peso de los primeros grupos de edad (0-19)- es más rápido en España, debido a la baja fecundidad registrada durante los últimos cuarenta años. En 1960, el peso de este grupo de edad era de un 35,4%, mayor que en el conjunto de Europa (15 miembros) donde la proporción alcanzaba un 31,7%. Los datos para el año 2001 se invierten: los más jóvenes representan un 23,1% en la UE frente a un 20,9% en España [Eurostat (2002) *European Social Statistics-Demography*, Luxemburgo, p. 33].
2. Los datos que se presentan sobre gasto social en pensiones de jubilación proceden de trabajo realizado por Alfonso Barrada *El gasto público de bienestar social en España de 1964 a 1995* [Fundación BBV, Madrid, 1999] y del anteriormente citado informe del Observatorio de Personas Mayores pp. 133-203.
3. Datos procedentes de la Encuesta sobre las Personas Mayores en España realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas y el Ministerio de Asuntos Sociales [Rodríguez, P.; Sancho Castiello, T. y Alvaro Page, M. (1996) *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid].
4. Attias-Donfut, C. (dir) (1995) *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, État* Nathan, Paris, pp. 19-23.
5. Kotlikoff, J.K. (1992) *Generational Accounting - Knowing Who Pays, and When, for What We Spend*, Free Press, Nueva York; Auerbach, A.J., Gokhale, J. y Kotlikoff, L.J. (1994) "Generational Accounting: a meaningful way to evaluate fiscal policy", *Journal of Economic Perspectives*, 8, 1, 73-94.
6. Los ocupados actuales financian, a través de sus aportaciones a la Seguridad Social, las pensiones actuales. Frente al sistema de reparto, en el de capitalización cada pensionista recibe una cuantía determinada por su ahorro individual en el pasado.
7. Masson, A. (1995) "L'heritage au sein des transferts entre générations: theorie, constat, perspectives en Attias- Donfut, C. (ed.) *Les Solidarités entre Générations*, Nathan, Paris, 379-325.
8. Observatorio de Personas Mayores op. cit. pp. 282-284.
9. Fernández Cordón, J.A. (1997) "Youth Residential Independence and Autonomy. A Comparative Study", *Journal of Family Issues*, Vol 18, 6, 576-607.
10. Observatorio de Personas Mayores op. cit. P. 90.
11. Id. P. 128.
12. Plenamente apoyado por la opinión pública según datos de una encuesta realizada entre la población española mayor de edad en los años noventa [Rodríguez, P. *et al*, op. cit. P. 16] a pesar de las dificultades de sostenimiento del joven estado del bienestar.
13. Una de cada tres personas (32,2%) de más de sesenta y cinco años tiene algún tipo de discapacidad, según datos de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud [Instituto Nacional de Estadística, Avance de resultados, Madrid 2001, p. 37].
14. Ver Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge; Esping-Andersen, G. (1999) *Social Foundations of Post-Industrial Economies* Oxford University Press, Oxford. Un modelo alternativo a partir del concepto de "social care" (cuidado social) en Daly, M. y Lewis, J. (1999) "Introduction. Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Restructuring", en Jane Lewis *Gender, Social care and Welfare State Restructuring in Europe* (ed) Ashgate, Aldershot; Daly, M. y Lewis, J. (2000) "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *The British Journal of Sociology*, 51, 2, 281-298.
15. Hay que tener en cuenta que los datos se refieren a las madres que están trabajando en el momento de hacerse la encuesta. No se consideran aquellas que están disfrutando de un permiso por maternidad o de un permiso parental. Por otra parte, algunas de las respuestas referidas al horario de trabajo pudieran estar relacionadas con reducciones de la jornada laboral en el marco de la normativa vigente sobre conciliación de la vida laboral y familiar.
16. *Ama* es madre en eusquera.
17. Bloch, F. y Buisson, M. (1998) *La garde des enfants, une histoire de femmes*, L'Harmattan., París.
18. Attias-Donfut, C. y Segalen, M. (1998) *Grands-parents. La famille à travers les générations*. Odile Jacob, Paris.

## II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

### Envejecimiento y Salud desde una Perspectiva de Género

### El papel de las Abuelas cuando las Madres Trabajan Constanza Tobío



19. Ver, por ejemplo, Gladstone, J.W. (1989) "Grandmother-Grandchild contact: The Mediating Influence of the Middle Generation Following Marriage Breakdown and Remarriage", *Canadian Journal on Aging*, 8,4, 355-365; Johnson, C.L. (1983) "A Cultural Analysis of the Grandmother", *Research on Aging*, 5,4, 547-567; Cooley, M.L. y Unger, D.G. (1991) "The Role of Family Support in Determining Developmental Outcomes in Children of Teen Mothers", *Child Psychiatry and Human Development*, 21,3 217-234; Kornhaber, A. (1996) *Contemporary Grandparenting*, Sage Publications, Thousand Oaks, Londres, Nueva Delhi; Voran, M. y Phillips, D. "Correlates of Grandmother Childcare Support to Adolescent Mothers: Implications for Development in Two Generations of Women", *Children and Youth Services Review*, 1993, 15,4, 321-334.

20. Eurostat (1997) "Les responsabilités familiales- comment sont-elles partagées dans les ménages européens" en *Statistiques en bref. Population et conditions sociales*, 5, 5-7.

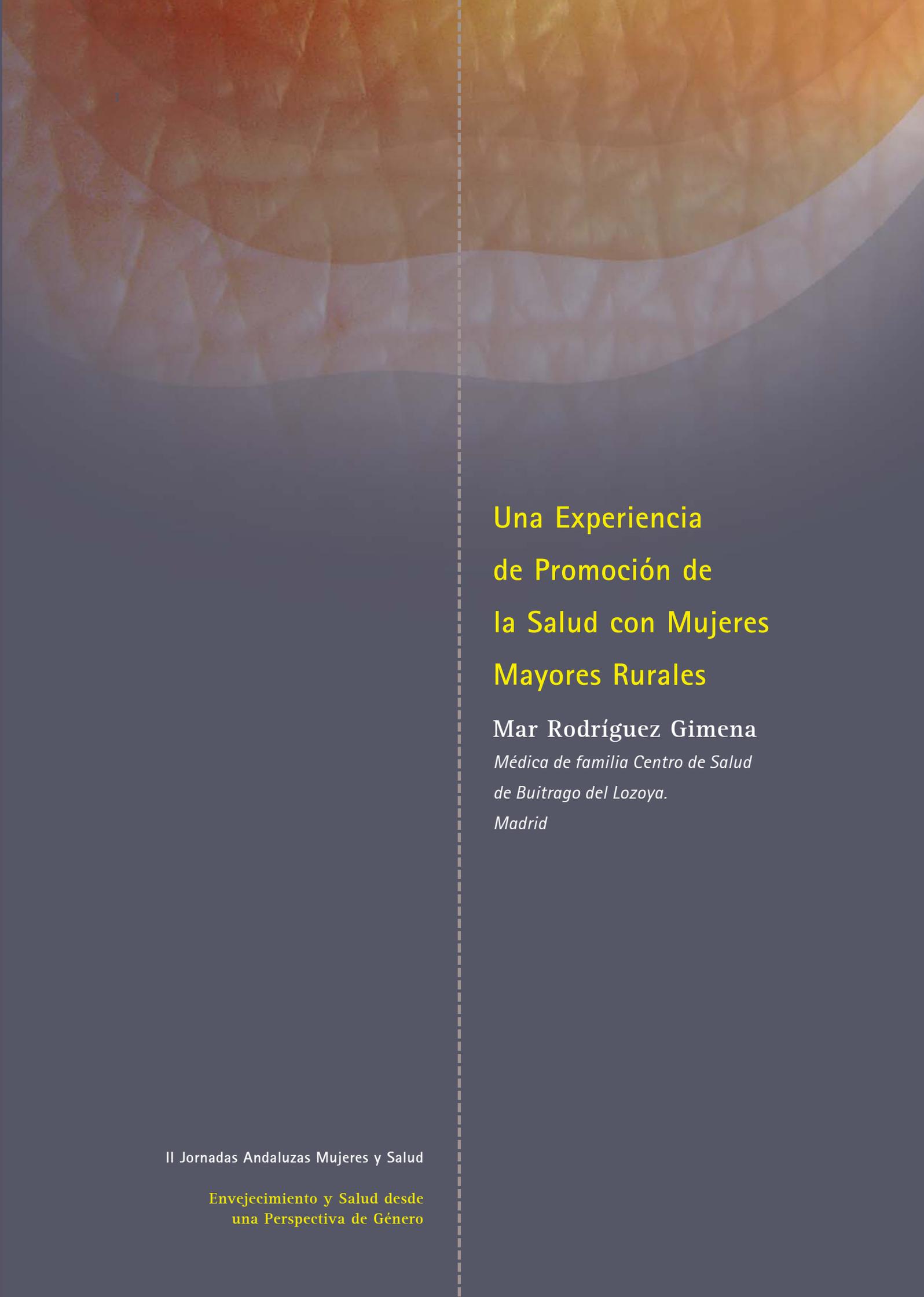
21. Attias-Donfut, C. y Segalen, M. (1998) *Grands-Parents. La famille à travers les generations*, Odile Jacob, Paris, 64-72.

22. Jeanne Fagnani, entre otros autores, ha criticado algunas de estas políticas, en especial las que apoyan modalidades privadas de cuidado, por razones de igualdad social y de género, pero reconoce que en el contexto europeo se pueden considerar amplias, aunque todavía sean insuficientes [Fagnani, J. (1998) "Helping mothers to combine paid and unpaid work- or fighting unemployment? The ambiguities of French family policy", *Community, Work and Family*, Vol 1, 3, 297-312].

23. España, por el contrario, tiene un gasto social de los más bajos de Europa con una cifra comparable de solamente 3160 unidades [European Commission (2000) *The social situation in the European Union*, Luxemburgo, p. 110].

24. Lo cual, probablemente no sea ajeno al hecho de que la fecundidad es en este país una de las más altas de Europa con un índice sintético de un 1,9 en 2001 frente a un 1,47 en el conjunto de la UE y un 1,25 en España [Eurostat 2002 op. cit., p. 60].





**Una Experiencia  
de Promoción de  
la Salud con Mujeres  
Mayores Rurales**

**Mar Rodríguez Gimena**

*Médica de familia Centro de Salud  
de Buitrago del Lozoya.*

*Madrid*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

**Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género**

A lo largo de esta comunicación voy a sintetizar, en primer lugar, una reflexión teórica de la Promoción de la Salud (PS) con enfoque de género, en segundo lugar, la metodología del trabajo con mujeres en PS y, en tercer lugar, voy a introducir la especificidad del trabajo de PS en el medio rural y con las mujeres mayores.

Para finalizar contaré mi experiencia de PS con mujeres de 60 a 80 años de tres pueblos de la Comunidad de Madrid (Berzosa del Lozoya, la Mancomunidad de la Sierra del Rincón y Valdemanco).

## 1. Promoción de la salud con enfoque de género

Durante los últimos 20 años la promoción de la salud ha sido una estrategia que se ha utilizado para abordar las consecuencias de las desigualdades en salud.

En la Conferencia de Ottawa (OMS,1987) se definió Promoción de la Salud (PS) como “el proceso para capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore”

La PS se sustenta sobre cuatro principios:

- Implicación de la población en su vida cotidiana y participación en la definición de los problemas y en las decisiones que afecten a su salud.
- Orientación de las actividades hacia los determinantes de salud (trabajo, vivienda, protección social, alimentación...).
- Combinación de medidas diversas (educativas, legislativas, fiscales, de desarrollo comunitario...) para el logro de sus objetivos.
- Reconocimiento de su carácter intersectorial.

En cuanto a la efectividad de la PS y a la evidencia científica de que disponemos en la actualidad, a modo de resumen, conviene destacar estos cinco puntos: (Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, 2000):

- Los enfoques de gran alcance que utilizan las 5 estrategias de Ottawa son los más efectivos.
- Algunos lugares como los centros de enseñanza, los lugares de trabajo y las comunidades locales ofrecen oportunidades prácticas de promover la salud con eficacia.
- Para garantizar una efectividad real es necesario que las personas, incluidas las más afectadas por las cuestiones sanitarias, sean el objetivo tanto de los programas de acción en materia de PS como de los procesos de toma de decisiones.
- Es decisivo ofrecer un acceso real a la educación y a la información con un lenguaje y estilo adecuados.
- La PS es una inversión clave y un elemento esencial del desarrollo social y económico.

La PS con enfoque de género debe centrarse en el empoderamiento de las mujeres. Para ello es necesaria la creación de un entorno que favorezca la confianza de las mujeres en sí mismas, su autonomía y dignidad, así como una capacidad de enfrentamiento colectivo para lograr el cambio en lo personal con una proyección en lo público y lo social. El objetivo es que las desigualdades condicionadas por la invisibilidad, la escasez de servicios y la inadecuación a las necesidades de salud de las mujeres lleguen a desaparecer.

Las políticas de salud, elemento básico de la promoción, no son suficientes si no hay una transformación de la realidad de las mujeres que les permita desarrollar plenamente sus derechos e incorporarse a una acción colectiva, participando activamente en la toma de decisiones políticas que afectan a cambios ambientales y de los servicios de salud.

Las distintas conferencias de PS han hecho hincapié en la importancia de la salud de las mujeres y en su contribución a la salud de la comunidad.

En la carta de la última conferencia mundial de Promoción de la Salud celebrada en Bangkok en 2006 se reconoce de nuevo que ‘...mujeres y hombres se ven afectados de diferente forma...’ en el apartado de nuevos desafíos de la PS en el que se hace alusión a los factores que influyen sobre la salud.

No obstante es necesario superar tres aspectos a la hora del análisis y planificación de las políticas de salud:

- El mandato social de las mujeres de ser las únicas cuidadoras de la salud de la familia y la comunidad.
- El sesgo de la supuesta mejor salud de las mujeres –basado fundamentalmente en los datos de la mayor supervivencia.



- La asimilación de salud de las mujeres con salud reproductiva.

Por lo tanto y a modo de resumen, si introducimos la perspectiva de género y reconocemos las desigualdades en salud (que incluyen la invisibilidad de los problemas de salud de las mujeres, la medicalización de aspectos de la vida cotidiana de las mismas y la falta de canales de participación) desde la PS se formulan acciones concretas que se pueden resumir en estos cuatro puntos:

- Concienciación de las mujeres sobre su derecho a decidir en salud.
- Participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre las prácticas que son favorables a la salud de la población general y a la suya propia.
- Necesidad de invertir en recursos e infraestructuras adecuados a las necesidades y percepciones de las mujeres.
- Necesidad de compartir equitativamente con los hombres las tareas del cuidado de la salud en la familia.

## 2. Metodología para trabajar con mujeres en promoción de salud

El trabajo con mujeres en promoción de la salud debe posibilitar el desarrollo de las capacidades y habilidades tanto para el cambio personal como para la participación en los procesos sociales y en los lugares donde se toman las decisiones políticas que tienen repercusiones en la salud; así mismo necesita una educación para la salud basada en la construcción de un contenido temático que parta de las experiencias de las mujeres y de sus conocimientos y expectativas y que, junto a las aportaciones científicas de la profesional, permita un crecimiento simultáneo y la búsqueda de soluciones conjuntas ajustadas a la realidad cambiante.

Los métodos más adecuados son aquellos que permiten la escucha activa, el desarrollo de la capacidad crítica, el aprendizaje significativo, el desarrollo de habilidades y el afianzamiento de la autoestima.

Esta metodología implica también un cambio personal como profesionales que pasa por:

- Despojarse de actitudes paternalistas.
- Desprenderse de los estereotipos.
- Estimular a las mujeres para que definan y persigan sus propios fines.
- Aprender a escuchar y desarrollar actitud empática.



- Combatir el sexismo y la discriminación de ciertos colectivos de mujeres como las mujeres gitanas, lesbianas o inmigrantes.
- Evitar la medicalización de aspectos cotidianos de la vida de las mujeres.
- Valorar y ayudar en la puesta en marcha de las sugerencias de los colectivos de mujeres relacionadas con la salud.

Para favorecer el desarrollo de habilidades personales es fundamental favorecer el empoderamiento y una autoestima con enfoque de género.

Como define Marcela Lagarde en su libro *Claves feministas para la autoestima de las mujeres* (2001):

*"El empoderamiento se crea en procesos en los cuales cada mujer fortalece y desarrolla la capacidad política que le permite defenderse, enfrentar la opresión y dejar de estar sujeta a dominio. Este es el profundo sentido del empoderamiento 'individual' que sólo se da si es sustentado socialmente."*

*"Hablamos también de empoderamiento 'colectivo' de género, de la capacidad colectiva de las mujeres de enfrentar con conciencia y en alianza política el desmontaje del viejo orden y la construcción cotidiana de formas renovadas de convivencia social, de economía, política y cultura."*

Los elementos necesarios para el empoderamiento son la autonomía, la equidad, la autoestima.

Como reflexiona la propia Marcela Lagarde en el libro citado anteriormente la autoestima más difundida por la mercadotecnia y las tecnologías educativas conservadoras es idealista, conservadora y patriarcal (...) y elude el análisis de las causas concretas de los problemas de autoestima (...) está ausente en esta concepción la perspectiva sociopolítica que relaciona la autoestima con el género y la clase, la etnicidad y la condición cultural (...) contribuye a despolitizar la existencia y así fomenta el conformismo y una experiencia omnipotente.

Desde un enfoque feminista el trabajo de la autoestima de las mujeres es necesario que contemple la dimensión personal y la dimensión colectiva. Este enfoque permite reconocer que vivir en condiciones patriarcales daña a las mujeres y eso requiere atención e intervenciones específicas. Las acciones que fomentan el fortalecimiento personal y que promueven la participación de las mujeres en mejores condiciones buscan eliminar la tendencia al sacrificio de las mujeres en la política y otras esferas vitales.

### La pedagogía de los grupos de mujeres

En la tradición feminista compartir en pequeños grupos la experiencia y la conciencia ha sido fundamental para las mujeres. El pequeño grupo permite a las mujeres oír la propia voz y la de las



demás, pensar por sí mismas y para sí, dudar, aprender e identificarse genéricamente (Lagarde Marcela, 2001) y “pretende incidir en lo público desde un espacio que se construía como semiprivado” Citado en Lagarde Marcela. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Ed. Horas y Horas. Madrid, 2001 (Valcárcel, Amelia. 2000). Estos pequeños grupos han dado origen a grandes avances de las mujeres y del mundo contemporáneo.

No se debe olvidar la influencia de la pedagogía de los talleres de educación popular en las organizaciones y grupos de mujeres. Esta pedagogía participativa busca que tengan voz quienes no la han tenido y que todas las personas puedan enunciar su visión del mundo.

Un paso más allá es la pedagogía feminista. Su meta es “difundir la cultura feminista, los avances de las mujeres y los obstáculos de género vigentes” (Lagarde Marcela, 2001). Generalmente la metodología son los talleres conducidos por una o varias mujeres con conocimientos de distintos temas desde la perspectiva feminista.

En el documento “Los grupos de mujeres: metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima” publicado por el Instituto de la Mujer de Madrid se hace hincapié en la importancia de los grupos de mujeres y su incidencia en la salud.

Cito textualmente:

*“Las mujeres mediante los recursos grupales pueden conocer más de sí mismas, identificar y valorar la incidencia de los factores socioculturales, políticos y económicos en su bienestar y poder percibirse protagonistas de su salud... En el grupo se produce un intercambio de percepciones, ideas, sentimientos y proyectos. A algunas mujeres les permite salir del aislamiento y participar en un espacio de escucha donde compartir experiencias... Asimismo en el grupo las mujeres, dispuestas siempre al cuidado de los y las demás, aprenden a crearse un espacio propio, a dejarse cuidar y a cuidarse ellas mismas... En definitiva el trabajo grupal es la forma más eficaz de promover cambios de las actitudes, conductas, emociones y hábitos, a través de la reflexión conjunta, el intercambio de experiencias, el autoconocimiento, la autovaloración y apoyo mutuo.”*

### 3. Las mujeres en el medio rural

El envejecimiento de la población en nuestra sociedad provoca que un número cada vez más amplio de personas mayores viva de forma independiente y activa. El aumento de los años de vida lleva consigo la necesidad de reducir las discapacidades y mejorar la calidad de vida de las personas que componen este colectivo.

A pesar de que los modelos culturales para comprender la vejez están cambiando, todavía se mantienen imágenes estereotipadas y peyorativas, como por ejemplo que las personas mayores son improductivas y que tienen mala salud. Esta imagen social negativa y el desproporcionado valor que se atribuye al hecho de ser joven contrasta con la vivencia positiva de muchas personas mayores que manifiestan ganas de vivir, autonomía y gran capacidad para disfrutar y seguir



participando activamente en la sociedad. Estos contrastes se reflejan en la divergencia entre la concepción de salud que posee el sistema sanitario respecto a las personas mayores y la que poseen ellas mismas. Hecho que en ocasiones contribuye a una intervención excesivamente medicalizada.

Al analizar los problemas de salud de las personas mayores desde la perspectiva de género se puede observar que se reproducen los estereotipos patriarcales que les asignan a las mujeres los roles vinculados al espacio privado y a los hombres el espacio público.

Ana Freixas en diferentes artículos reflexiona sobre la influencia de los estereotipos negativos acerca de la vejez y cómo afectan de manera especial a las mujeres mayores en la evaluación por su entorno respecto de los hombres de su misma edad

Carme Valls en su libro *Mujeres Invisibles* señala en el capítulo “*Dar vida a los años. El envejecimiento medicalizado*” que la esperanza de vida no siempre es calidad de vida, la excesiva medicalización del envejecimiento y de la menopausia y el alejamiento y *culpabilización* del propio cuerpo. También se pregunta porqué las mujeres actuales viven el envejecimiento con tanto miedo y quién ha transmitido ese miedo a millones de mujeres.

Los datos indican que el colectivo de mayores es económicamente frágil y vulnerable, especialmente las mujeres, ya que se agudizan las desigualdades debido fundamentalmente a que han realizado un trabajo no asalariado en el hogar que no les permitió disponer de una remuneración previa ni les permite actualmente disfrutar de una pensión digna. Este fenómeno de la *feminización de la pobreza* se manifiesta más, si cabe, en las mujeres ancianas y sobre todo en las viudas.

A este análisis añadimos la especificidad de las mujeres en el mundo rural.

Como se recoge en el Documento Técnico de Salud Pública nº 88 “*La promoción de la salud en el medio rural: necesidades y demandas expresadas por las mujeres*”, vivir en el campo lleva asociado una serie de rasgos utópicos entre los que destacan la tranquilidad, la sociabilidad y la vida saludable. Esta utopía es vivida por muchas de las mujeres rurales como una carencia. El mundo rural lleva asociado una serie de carencias que influyen en la calidad de vida de hombres y mujeres. Los déficit en transporte y ocio, unidos a un nivel socioeconómico bajo, escasez de trabajo, aislamiento y soledad repercuten directamente en la salud de las mujeres. Las mujeres rurales, concluye el documento, expresan ansiedad, depresión y estrés probablemente en el mismo porcentaje que las mujeres de ciudad de sus mismas condiciones socioeconómicas.

Desde mi experiencia de trabajo de 7 años en una zona rural del Norte de Madrid he observado que las mujeres son las que mayoritariamente ni disponen de un trabajo estable ni de vehículo propio. Estos hechos hacen que sean dependientes de sus maridos o compañeros a la hora de cosas tan básicas como hacer la compra, ir al Centro de Salud a realizarse alguna prueba o poder salir a divertirse.



En cuanto a la problemática de las mujeres mayores existe una falta de actividades (bien de ocio, bien de promoción de la salud) en sus pueblos, o en su defectos de oferta en otras localidades que cuenten con un transporte subvencionado. A esto sumamos el miedo a ser trasladadas a Madrid capital al llegar a una determinada edad (en torno a los 75 años) y a la soledad cuando su compañero fallece ya que sus hijas e hijos viven en Madrid.

Cito de nuevo el documento para hacer hincapié en que las demandas relacionadas con la salud de las mujeres rurales van encaminadas a poder mejorar su calidad de vida (realizando actividades para mantener la forma física, o cuidar la alimentación o la salud psicológica). Del mismo modo, reclaman más accesibilidad para realizar las actividades preventivas ginecológicas en el ámbito de la atención especializada.

Otras dificultades detectadas por las profesionales que intervenimos en este entorno son: los problemas de financiación de determinados cursos de Promoción de la Salud; la sobrecarga asistencial de los Centros de Salud rurales y el desinterés de las/os profesionales sanitarios por las actividades de PS; el déficit de transporte para organizar actividades colectivas entre varios pueblos pequeños.

#### 4. Nuestro proyecto de PS rural

Nuestro proyecto de PS con mujeres rurales mayores parte de la perspectiva de género. Dentro de nuestros objetivos hemos hecho hincapié en el punto de fortalecimiento de la participación comunitaria en salud y el empoderamiento de las mujeres.

Desde hace ya tres años un equipo de tres mujeres (una educadora social –Argentina Riquelme, una maestra –Paloma Castro– y una médica de familia –Mar Rodríguez) trabajamos con mujeres en la Sierra Norte.

Una Agente de Empleo y Desarrollo Local (AEDL) del pueblo de Valdemanco me propuso, por conocerme del Centro de Salud en el que trabajo habitualmente, si podría llevar a cabo algún tipo de taller sobre salud y género para mujeres mayores de ese municipio.

Argentina, Paloma y yo nos conocíamos de otras actividades y por ser vecinas del pueblo. Nos reunimos y decidimos que sí.

El primer obstáculo que nos encontramos fue el de la financiación. Gracias a la colaboración de la AEDL conseguimos una subvención de la Consejería de Sanidad. Aprendimos a contactar con otros ayuntamientos y pudimos llevar a cabo un total de cinco talleres dos años seguidos (1 en Berzosa del Lozoya 2 en Valdemanco y 2 en la Mancomunidad de la Sierra del Rincón).

El formato que utilizamos fue el de 6 o 7 sesiones de 2 horas (salvo en Berzosa que por problemas de financiación fueron 3 sesiones).



Las ADL de los pueblos nos facilitaron un primer contacto con las mujeres para que nos propusieran que temas querían tratar, en que horario y que días.

Este paso es muy importante porque la motivación de las personas si participan desde el principio es mayor y favorece una mejor implicación.

En nuestro debate acerca de cómo hacerlo nos surgieron dudas. Muchas de las mujeres que se apuntaron al taller eran analfabetas o analfabetas funcionales. Muchas de las dinámicas que conocíamos precisaban de la lectoescritura y sabíamos que eso era un escollo. Tuvimos que readaptar esas dinámicas pero también nos planteamos *forzar* un poquito a las mujeres mandando tareas para casa para fomentar que intentaran superar el miedo a escribir.

Tratar sus concepciones acerca del género y la vejez fue complejo pero a la vez muy enriquecedor. Vimos que era fundamental entrar en esos temas porque la sustentación del resto del taller dedicado a autocuidados en salud necesitaba de ese enfoque.

Los autocuidados los centramos en desarrollar habilidades básicas de actividad física, de relajación y de alimentación saludable con ejercicios prácticos.

Fue muy enriquecedor y diría emocionante ver a mujeres de más de 70 años analizando cómo vivían esta etapa, ver como cogían de nuevo bolígrafo y papel y trabajaban el tema de la autoestima y cómo se revolvían en sus asientos al descubrir que lo que les pasa o lo que sienten nos pasa a todas en menor o mayor escala y cómo sus malestares no son fruto del azar o la mala suerte sino que están fundamentados en las desigualdades construidas y afianzadas tras años y años desde la concepción patriarcal y androcéntrica del mundo.

El segundo año profundizamos en el tema de la autoestima y en su relación con nuestras relaciones interpersonales, sobre todo las más cercanas (familia y amigas/os) y en el desarrollo de habilidades básicas de escucha activa y regulación de conflictos.

En el tema de autocuidados trabajamos el desarrollo de habilidades básicas en determinadas patologías de estas etapas (osteoporosis, caídas y fracturas, incontinencia urinaria, defectos de la visión y audición...). Además tratamos el tema de las medicinas alternativas a petición de las personas que participaron en el curso pasado. Nos centramos en el uso de plantas medicinales y pusimos en común la sabiduría aprendida de sus madres y abuelas.

Como experiencia interesante comentar que en uno de los grupos participó el marido de una de las mujeres que padece una hemiplejía como consecuencia de un accidente cerebro vascular agudo. Lo debatimos mucho pero como la mujer no tenía quién se hiciera cargo de él, decidimos tirar adelante.

Por último animar a todas las mujeres que trabajan en atención primaria a hacer grupos de mujeres en sus centros de trabajo o en los ayuntamientos, casas de cultura o locales de las asociaciones.

¡Saquemos la promoción de la salud a la calle!



## Referencias Bibliográficas

- ESTEBAN, Mari Luz. "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud" En: Miqueo C., Tomás C., Tejero C., Barral M.J., Fernández T. y Yago T. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Minerva ediciones. Madrid, 2001.
- GALLARDO PINO, C. *Modelos y Enfoques en Educación para la salud*. Diploma de Promoción de la Salud. Centro Universitario de Salud Pública. Madrid, 2001.
- LAGARDE Y DE LOS RÍOS, M. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Col. Cuadernos inacabados nº 39. Ed. Horas y Horas, Madrid, 2000.
- MAZARRASA ALVEAR, L. "Estrategias de Promoción de la Salud". En: Miqueo C., Tomás C., Tejero C., Barral M.J., Fernández T. y Yago T. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Minerva ediciones. Madrid, 2001.
- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA. *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Parte uno*. Documento base. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.
- DOCUMENTO TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA Nº 88. *La Promoción de la Salud en el medio rural: necesidades y demandas expresadas por las mujeres*. Instituto de Salud Pública de Madrid. Diciembre de 2002.
- M<sup>a</sup> Luisa Lasheras Lozano; Marisa Pires Alcaide y M<sup>a</sup> del Mar Rodríguez Gimena: *Género y Salud*. Elaborado por Likadi para el Instituto Andaluz de la Mujer. Unidad de igualdad y género. 2004.
- MIGALLÓN LOPEZOSA, Pilar y Gálvez Ochoa, Beatriz. *Los grupos de Mujeres: Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima*. Instituto de la Mujer de Madrid. 2002.
- VALLS LLOBET, Carme. *Mujeres Invisibles*. Editorial Debolsillo. 2006.







**Envejecimiento y  
Salud en la Mujer  
con Discapacidad**

**M<sup>a</sup> Ángeles Cózar Gutiérrez**

*Presidenta de la*

*Confederación Andaluza*

*de Personas con Discapacidad Física*

*y Orgánica*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

**Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género**

## Envejecimiento y Salud en la Mujer con Discapacidad

M<sup>o</sup> Ángeles Cózar Gutiérrez

Abordar el tema del envejecimiento de la mujer con discapacidad supone un doble desafío. Primero porque hasta fechas bien recientes se obviaba tratar esta cuestión debido a las bajas tasas de supervivencia en edades avanzadas de las personas del colectivo. Esta situación ha ido cambiando en los últimos años ya que con los avances en las ciencias de la salud y la existencia de más y mejores apoyos para la vida diaria se ha conseguido que cada vez un mayor número de mujeres y hombres con discapacidad lleguen a la vejez. Este nuevo fenómeno social ha sido calificado como *emergencia silenciosa* por el Comité de Rehabilitación e Integración de las Personas con Discapacidad del Consejo de Europa.

En segundo lugar, abordar el envejecimiento de las mujeres del colectivo, supone introducir un enfoque aún novedoso en el sector de la discapacidad, entrenado a percibir y denunciar las situaciones de discriminación por razón de discapacidad, pero aún inexperto en muchos sentidos a la hora de apreciar las discriminaciones intersectoriales, como las que se producen cuando se solapan el género y la discapacidad.

En este sentido el Programa sobre Envejecimiento y Salud de la OMS reconoce que el género es uno de los principales factores determinantes de la salud. Para aplicar una perspectiva de género a las actividades en el campo de la salud no sólo se deben tener en cuenta las diferencias biológicas, sino que también es preciso analizar en qué medida influyen en la salud de las mujeres y hombres de edad las diferentes funciones sociales y económicas de uno y otro sexo, el poder de tomar decisiones y el acceso a los recursos. El análisis de todas estas dimensiones cobra especial relevancia cuando se trabaja en el ámbito de la discapacidad.

Además introducir el enfoque de género en la cuestión del envejecimiento de las personas con discapacidad implica comprender que nos encontramos ante un proceso en cadena, donde no sólo resulta relevante el hecho cierto de que las personas con discapacidad envejecen, sino que también lo hacen aquellas personas, mujeres en su mayoría, encargadas de su atención y cuidado.

En España existen actualmente alrededor de cuatro millones de mujeres mayores de 65 años, el 30,9% de las cuales aporta cuidados fundamentales para su red familiar. De ellas sólo el 17,6 % de mujeres mayores son objeto de cuidados y atención por parte de algún miembro de su familia.

Mujeres con 65 o más años	4.000.000	30,9% aporta cuidados familiares
		El 17,6% son objeto de cuidado

Esto significa que 1.282.000 mujeres mayores siguen ejerciendo su rol de cuidadoras dentro de los límites de su propio núcleo familiar, pero, sobre todo, en el de sus hijos e hijas. Y entre ellas no debemos olvidar a las mujeres con discapacidad, que aun teniendo discapacidades importantes, siguen realizando tareas de cuidadoras, sobre todos de madres y padres ancianos.

## 1. Envejecimiento y discapacidad. Datos de población

Un trabajo realizado por el INE en el 2000 muestra que actualmente en nuestro país las personas con discapacidad se concentran fundamentalmente en los rangos de edad superiores a los 65 años (con el 58,74% del total de las personas del colectivo) El número de personas mayores de 64 años que presentan alguna discapacidad es 2.072.652, es decir, un 32,2% de la población de ese grupo de edad. A partir de los 80 años las tasas de personas con discapacidades aumentan de forma importante. Para el grupo de edad comprendido entre los 80 y 84 años la tasa es del 47,4% y para el de 85 y más años llega al 63,6%.

Además también se observa que las tasas de discapacidad de las mujeres mayores son superiores a la de los hombres en el rango de edades superiores a 65 años.

Veamos a continuación la siguiente gráfica:

Población total, población con discapacidad, tasa de discapacidad global para todas las edades, por sexo						
Grupo de edad	Población con discap. Varones	Población total varones	Tasa de discap. varones	Población con discap. Mujeres	Población total mujeres	Tasa de discap. mujeres
Total (de 6 a 85 años)	1.448.248	18.608.232	7,8%	2.030.398	19.521.818	10,4%

*\*Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999*

Vemos que del total de 18.608.232 que conforman la población de varones en nuestro país, 1.448.248 presentan algún tipo de discapacidad, esto supone una tasa del 7,8%.

De la población de mujeres formada por 19.521.818, un total de 2.030.398 tienen discapacidad, es decir, un 10,4%.



En cuanto a la distribución de la población en relación a edades y sexo tenemos que:

Grupo de edad	Población con discap. Varones	Población total varones	Tasa de discap. varones	Población con discap. Mujeres	Población total mujeres	Tasa de discap. mujeres
De 65 a 69 años	161.083	987.570	16,3%	225.255	1.126.667	20,0%
De 70 a 74 años	168.643	790.578	21,3%	288.626	988.257	29,2%
De 75 a 79 años	172.670	546.288	31,6%	304.256	784.302	38,8%
De 80 a 84 años	120.382	292.200	41,2%	250.319	531.565	47,1%
De 85 y más años	111.031	212.817	52,2%	270.388	479.318	56,4%
Total de 65 a más de 85 años	733.809	2.829.453	25,9%	1.338.844	3.910.109	34,2%

El gráfico nos muestra que para las edades de 65 a más de 85 años la población masculina con discapacidad es de 733.809, es decir, un 25,9% del total. En el caso de las mujeres tenemos que 1.338.844 mujeres mayores de 65 años tienen discapacidad, es decir un 34,2% del total de mujeres en ese tramo de edad.

La tendencia es que la tasa de discapacidad de los varones es en general mayor que la tasa de discapacidad de las mujeres entre los rangos más jóvenes, revirtiéndose dicha tendencia a partir de los 40 años.

## Principales dificultades

Una vez conocida la población con discapacidad anciana y su distribución por tramos de edad y sexos, pasaremos a analizar las principales dificultades que encuentran los mayores de nuestro colectivo. En este sentido e interpretando los datos ofrecidos por la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud elaborado por el INE, las mayores dificultades detectadas son:

- Desplazarse fuera del hogar
- Realizar tareas del hogar
- Desplazarse
- Ver

En el caso de las personas con discapacidad sus limitaciones físicas se producen más tempranamente que en el caso de las personas no discapacitadas, esto supone la necesidad de abordar el



tema de la existencia de un proceso de “doble envejecimiento” o “doble discapacidad”. Asimismo se percibe que un gran número de personas con discapacidad es sistemáticamente atendido por los servicios de salud a causa de la discapacidad concreta que presentan, dejando de lado el examen de otras posibles dolencias a las que se les presta poca atención, por lo que la prevención parece sólo focalizarse sobre aquello “que ya se tiene”.

Las dificultades antes señaladas afectan de manera muy particular a las mujeres en general, ya que no existe edad de jubilación para la realización de las tareas del hogar. En el caso concreto de las mujeres con discapacidad, observamos que solamente las muy afectadas se libran de esa carga. Incluso mujeres con discapacidades serias siguen a encargándose de las tareas domésticas lo que puede llegar a repercutir seriamente en su salud. A esta situación de desgaste, podríamos sumarle la escasa atención que las mujeres prestan a su propio bienestar.

Si analizamos los datos que en materia de salud nos ofrece el estudio llevado a cabo en los últimos dos años por el Departamento de la Mujer de CANF-COCEMFE Andalucía sobre un total de 2.228 mujeres andaluzas con discapacidad, vemos, a modo de ejemplo, que una media del 60% de las mujeres entrevistadas no recibe atención ginecológica, aun cuando muchas de ellas habitualmente acuden a consultas médicas frecuentes por razón de su discapacidad. Tampoco aparecen, por razones que analizaremos ahora, como pacientes habituales en los protocolos detección precoz del cáncer de mama. En este punto debemos tener presente que la principal estrategia para la prevención de muchos tipos de cáncer, especialmente del cáncer del cuello uterino y el de mama, es la detección temprana. Para que ésta sea posible, en el caso del cáncer de mama son necesarios el examen físico de las mamas por parte de personal especializado, la autoexploración de las mamas y la mamografía.

Si esta es la situación generalizada entre las mujeres más jóvenes del colectivo, podemos colegir que con el paso de los años la incidencia de ciertas enfermedades femeninas como la osteoporosis o el cáncer de útero harán especial mella en ellas, al haber permanecido desatendidas durante largo tiempo.

Las causas de esta desatención están claramente vinculadas a cuestiones culturales y a la existencia de una imagen social de las mujeres con discapacidad, y sobre todo de las gravemente afectadas, que las caracteriza como personas discapacitadas, por lo que todo aquello que entre en el ámbito de la salud debe circunscribirse al tratamiento de la discapacidad. Por supuesto aquí está presente el prejuicio de que la visita ginecológica se justifica cuando la mujer es sexualmente activa, prejuicio bien asentado en el imaginario social, y muy especialmente cuando la mujer tiene una discapacidad severa. Pero claramente la premisa de la que se parte es errónea, ya que las revisiones cumplen la importante función de operar como medicina preventiva.

En este sentido señalar que la realidad detectada por nuestro estudio parece separarse radicalmente de esta visión estereotipada, ya que existe preocupación por parte de muchas mujeres del colectivo por su salud sexual y reproductiva. Así encontramos que entre las demandas generales de salud expuestas, el 29% del total se centran única y exclusivamente en este rubro.



Paralelamente y como plasmación material de los estereotipos vigentes en la sociedad un obstáculo que impide a muchas mujeres del colectivo recibir la adecuada atención sanitaria es la inaccesibilidad de muchos de los servicios de salud. Así casi la mitad de las mujeres entrevistadas reconocen haber encontrado barreras que dificultan su acceso a la consulta médica así como instrumental no adaptado. En este punto, como ejemplo, baste pensar en el diseño de los mamógrafos, que impiden a una mujer en silla de ruedas hacerse una mamografía sin problemas. En el caso de las mujeres con graves discapacidades esta inquietud ha sido expresada por el 80% del total de las entrevistadas.

Asimismo el estudio arroja datos preocupantes en relación a la salud mental de las mujeres del colectivo de personas con discapacidad física. De hecho alrededor del 60% de las mujeres de las 2.228 entrevistadas reconocían la necesidad de contar con un servicio de atención psicológica. Las principales causas por las que este servicio se demandaban son:

- Depresiones.
- Problemas de autoestima.
- Problemas de violencia en el seno de la familia.

Estos datos pueden servirnos para dar cuenta de los problemas que enfrentan las mujeres con discapacidad de cualquier edad. Teniendo presente que estamos abordando un tema relacionado con la salud podemos concluir que la inadecuada atención sanitaria recibida en la juventud producirá efectos indeseables en las mujeres con discapacidad al llegar a la vejez. Así nos encontramos ante la paradójica situación de que las mujeres del colectivo están alcanzando una longevidad desconocida hasta la fecha gracias a los avances en el campo de la sanidad aplicada a la discapacidad, pero por otro lado al obviarse la prevención de otro tipo de dolencias, se está dejando abierta la puerta para que esa vejez se convierta en sinónimo de enfermedad.

## Reivindicaciones

Para superar esta situación sería necesario aplicar tanto la perspectiva de género como el enfoque de la discapacidad en todos los programas sobre envejecimiento, principalmente en lo relativo a la investigación, la difusión de información, la capacitación, la sensibilización y la elaboración de políticas que involucre directamente a los gobiernos, a las instituciones académicas y a las organizaciones de la sociedad civil.

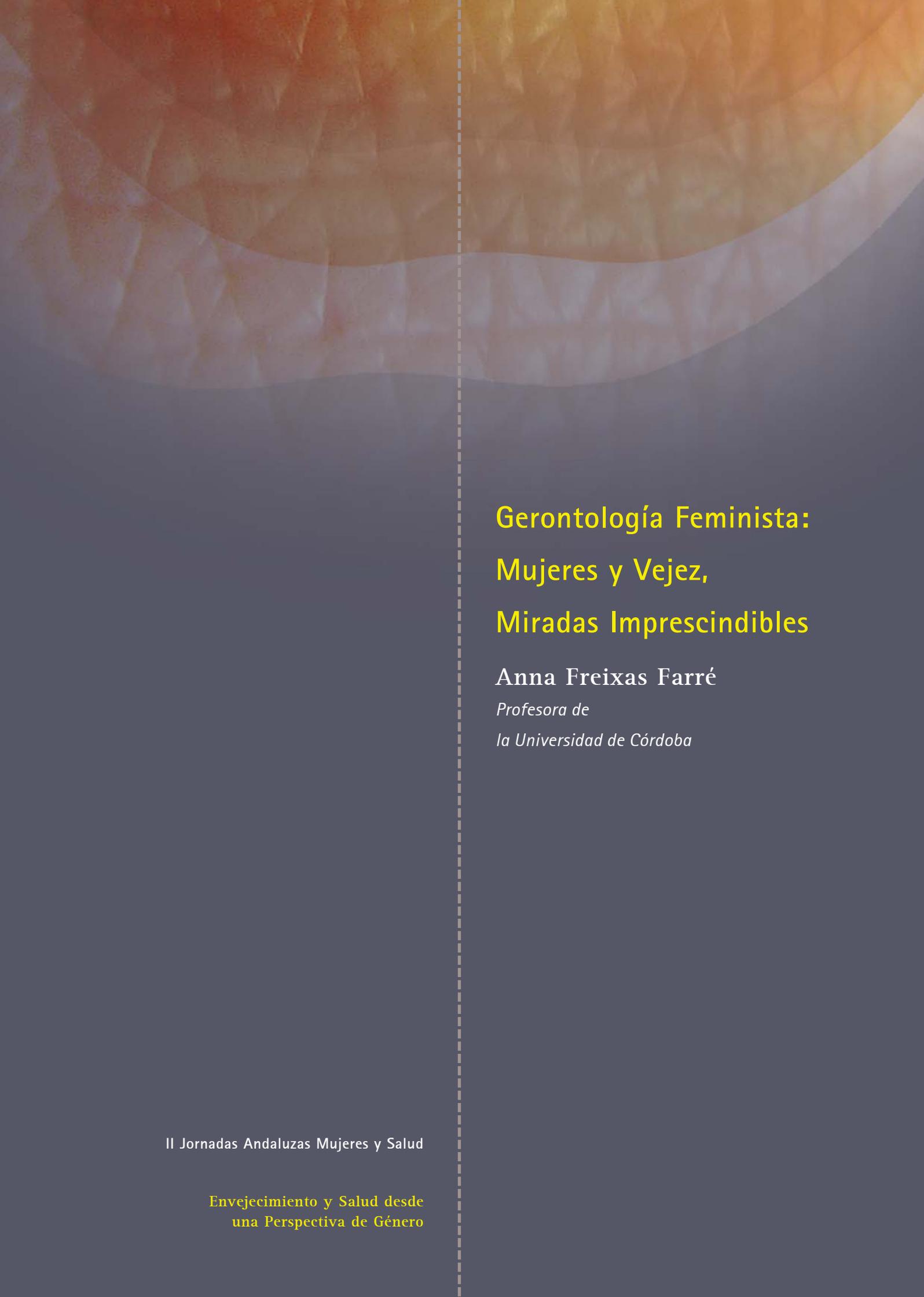
Para ello, como *principales demandas*, sería imprescindible:

- Fomentar la inclusión de información sobre edad, sexo y discapacidad, en la recogida de datos del sistema de información sanitaria y análisis de los mismos teniendo en cuenta la perspectiva de género y discapacidad.



- Impulsar programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a mujeres con discapacidad, que contemplen acciones de información y sensibilización sobre los derechos y recursos de salud existentes.
- Dotar de instrumental y aparatos de exploración accesibles a todo tipo de mujeres con discapacidad, en especial a las mujeres con discapacidad física en las mesas de exploración ginecológica, acceso al equipo de radiología (mamógrafos), etc.
- Formar a los profesionales de la sanidad sobre género y discapacidad, para una atención diferenciada y que garantice un trato digno a las mujeres del colectivo.
- Dotar de los recursos técnicos y humanos necesarios para eliminar las barreras en la comunicación en los servicios sanitarios, garantizando la atención a las personas con discapacidad, especialmente a las mujeres, en condiciones de igualdad.
- Adaptar de planes, procesos y programas de atención a la salud a las especificidades de las mujeres con discapacidad, asegurando su acceso equitativo.





**Gerontología Feminista:  
Mujeres y Vejez,  
Miradas Imprescindibles**

**Anna Freixas Farré**

*Profesora de*

*la Universidad de Córdoba*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

**Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género**

Gerontología Feminista:  
Mujeres y Vejez,  
Miradas Imprescindibles  
Anna Freixas Farré

Vivimos en un mundo en el que las mujeres constituyen el grueso de la población mayor y para las que envejecer en nuestra sociedad androcéntrica plantea retos que conviene tener en cuenta cuando tratamos de comprender su vida, su salud y su bienestar.

La gerontología feminista tiene como objetivo desvelar el carácter socialmente construido de los significados y valores que rodean la vida de las mujeres mayores, analizar las normas culturales que limitan su vida durante la vejez, examinar detenidamente los antecedentes y las condiciones de la desigualdad en función de la diferencia sexual e informar sobre sus consecuencias tanto en el desarrollo de las personas y como en la construcción del conocimiento.

La investigación acerca de la vejez y el envejecimiento está constreñida por numerosos estereotipos. Estas potentes imágenes culturales negativas limitan los diseños de investigación e impiden la creación de una realidad potenciadora para una población que cada vez es más numerosa y, además, se encuentra progresivamente en una mejor situación física y mental. Vivimos en una sociedad edadista, en la que los estereotipos acerca de las personas mayores limitan la relación y la atención que se presta, así como las posibles intervenciones que pueden verse sesgadas y limitadas por las ideas negativas acerca de la edad, tanto de las personas que cuidan, como de las propias mujeres mayores.

Una ideología negativa y prejuiciosa acerca de las mujeres y los hombres mayores prevalece en la mente de muchas de las personas que hacen investigación gerontológica, cuyos prejuicios edadistas circunscriben la investigación. La gerontología feminista ha documentado la experiencia de las mujeres ancianas, promoviendo interpretaciones más positivas acerca del envejecimiento de las mujeres y ha planteado la necesidad de que se estudien y conozcan con mayor detalle las experiencias personales de las mujeres viejas, revisando las lagunas y las inconsistencias que presenta la investigación gerontológica actual, víctima de la *ideología de la edad*. Se enfatiza la importancia de plantear preguntas *nuevas* que reten el imaginario esperable y poder llevar a cabo una intervención empoderadora. Para ello es necesario cuestionar nuestras creencias culturales implícitas, poseer una sólida formación gerontológica y feminista que guíe la reflexión y el trabajo y hacer una reflexión crítica de los estereotipos acerca de la vejez.

En cuanto a los puntos débiles de las mujeres mayores en nuestra sociedad, debemos tener en cuenta algunos elementos que limitan su posición, como el hecho de que históricamente han dispuesto de pocos recursos económicos y educativos, por lo que en la vejez se encuentran limitadas en este

aspecto y en consecuencia carecen de poder político, social, cultural y económico. Otros elementos importantes tienen que ver con su salud, la atención médica poco dedicada y su circunscripción al mundo familiar y de los afectos, de los que, sin embargo, se encuentran excluidas por el doble estándar del envejecimiento que ve con malos ojos que las mujeres mayores tengan relaciones afectivas y sexuales, sufriendo importantes privaciones en el terreno del amor y la sexualidad. Por otra parte son cuidadoras sin contrapartida, nadie las cuida.

Sin embargo, estas mismas mujeres disponen de algunos recursos exclusivos que se convierten en puntos fuertes en su vida de mujeres mayores. Saben crear redes de amistad, vecindad y comunidad, por lo que compensan algunas de las exclusiones de las que son víctimas. Se mantienen activas y curiosas, aspecto que favorece su salud física y mental. Se interesan por la cultura y asisten a cursos, conferencias, cines y actividades que mantienen su mente despierta y en activo. Mantienen vínculos de intimidad, relación y comunicación. Dominan las estrategias de las oprimidas, con lo que compensan algunas de sus carencias, especialmente las económicas y se benefician de la socialización inversa, aprenden de las personas más jóvenes y se mantienen actualizadas. Tratan de mantenerse sanas y saludables, por lo que cuidan su alimentación y hacen ejercicio.

A pesar de que no disponemos de un consenso claro acerca de *de qué hablamos cuando hablamos de investigación feminista*, sí podemos afirmar que existen unos principios básicos que se presentan de manera consistente prácticamente en todas las orientaciones teóricas (Akman et al., 2001); (Worell y Etaugh, 1994) y que guían los diversos diseños de investigación feminista en ciencias sociales, ofreciendo una coherencia dentro de la pluralidad y riqueza metodológica que la caracteriza y que pueden concretarse en:

**El cuestionamiento de la investigación científica tradicional.** Las investigadoras feministas han introducido un diálogo que pone en duda los procesos a través de los cuales se ha construido el conocimiento, denunciando que el androcentrismo de la investigación tradicional conlleva claros sesgos que deben ser puestos en cuestión (Worell, 1996) y que la ciencia no está libre de valores. El énfasis en la 'neutralidad' del laboratorio ha generado una investigación artificial, descontextualizada y explotadora.

**La consideración del género como una categoría esencial de análisis.** Supone el reconocimiento de que el género es una construcción social basada en arreglos de poder asimétricos y un proceso que estructura las interacciones sociales que de ninguna manera puede ser obviado por la investigación.

**El reconocimiento de las relaciones de poder en el proceso investigador.** Ya, en 1983, Unger planteaba la importancia de reconocer la interdependencia existente en todo el proceso de investigación entre la investigadora y las participantes, con el fin de evitar la explotación de éstas y, a la vez, detectar e identificar las relaciones jerárquicas que se pueden producir entre las diferentes personas en el seno del equipo investigador.



El reconocimiento de la validez y la importancia de la experiencia de las mujeres lo cual supone atender a las diferentes vidas de las mujeres y reconocer la diversidad de sus experiencias (Stanley,1990), por lo que sus vivencias son tenidas en cuenta e incluidas en el proceso de investigación. Validar la experiencia personal es un objetivo importante y potencialmente transformador con el que se pretende corregir tanto la invisibilidad como la distorsión de la experiencia de las mujeres.

La insistencia en la naturaleza política de la investigación y su poder potencial para producir cambios en la vida de las mujeres, propiciando un proceso de concienciación tanto de las investigadoras como de las participantes (Mies,1996). La consideración feminista de la investigación como una política que conlleva un impacto positivo en la vida de las mujeres se completa con el énfasis en los planteamientos éticos de la investigación, tratando de evitar que se produzcan resultados perjudiciales. El objetivo último es siempre contribuir a la transformación de las relaciones de género (Crawford y Kimmel,1999), a través de un cambio social que beneficie a las niñas y a las mujeres.

La atención al uso del lenguaje. La investigación feminista ha reconocido el poder simbólico del lenguaje, su capacidad para *nombrar*, y ha puesto en evidencia que a través de él se construyen las relaciones sociales. El lenguaje es un medio para la negociación social y el instrumento a través del cual se puede dar sentido a la experiencia vivida. La investigación feminista ha identificado y nombrado hechos cotidianos que hasta el momento no tenían nombre, ha promovido un lenguaje inclusivo e iluminado las desigualdades lingüísticas (Worell, 1996; Worell y Etaugh, 1994).

A partir de ahí nos planteamos la necesidad de iluminar las desigualdades de género que afectan el ser mayor de manera diferencial a hombres y mujeres de manera que desvelemos la construcción social de los valores culturales que limitan la vida de las mujeres mayores. Siendo importante, para la deconstrucción de los estereotipos que rodean el envejecer, poder negar el carácter inevitable de la dependencia, pobreza, enfermedad en la vejez.

Es necesario que las mujeres mayores tengan una mayor visibilidad social y una progresiva participación en el mundo público, de manera que vaya habiendo imágenes de mujeres mayores en situaciones de poder, éxito y reconocimiento social, que se conviertan en modelos para las jóvenes generaciones, cuya vejez se planteará en condiciones ciertamente muy diferentes a las de las generaciones de sus abuelas.



## Referencias Bibliográficas

AKMAN, Donne E.; TONER, Brenda B.; STUCKLESS, Noreen; ALLI, Alisha; EMMOTT, Shelgah D. y DOWNIE, Fiona P. (2001). "Feminist Issues in Research Methodology: The Development of a Cognitive Scale". *Feminism & Psychology*, 11(2), 209-227.

CRAWFORD, Mary y KIMMEL, Ellen (1999). Promoting Methodological Diversity in Feminist Research. *Psychology of Women Quarterly*, 23(1), 1-6.

MIES, M. (1996). "Liberating Women, Liberating Knowledge: Reflections on Two Decades of Feminist Action Research". *Atlantis*, 21(1), 10-24.

STANLEY, L. (Ed.). (1990). *Feminist praxis: Research, theory and feminist epistemology in sociology*. London: Routledge.

WORELL, Judith (1996). "Opening Doors to Feminist Research". *Psychology of Women Quarterly*, 20(4), 469-485.

WORELL, Judith y ETAUGH, Claire (1994). "Transforming theory and research with women: Themes and variations". *Psychology of Women Quarterly*, 18, 433-440.





# Sexualidad y Envejecimiento de las Mujeres

**Pilar Sampedro Díaz**

*Psicóloga Clínica y Sexóloga  
del Centro de Terapia Sexual y  
Mediación Familiar.*

*Gijón*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

## 1. Introducción

Esta ponencia pretende hacer una reflexión sobre cómo las mujeres hemos sido definidas sexualmente desde una mirada masculina y médica, a cómo somos socializadas en una identidad sexual que se pretende parcial e incompleta en comparación con la del varón (*lo otro*, lo que nos falta, la diferencia...), y finalmente, a cómo nuestro comportamiento sexual se relaciona con la capacidad reproductiva, con el atractivo sexual y con la juventud.

Según este modelo, nuestros deseos parecen encaminados a conseguir un varón o una pareja, a gustar al otro, a ser reconocidas por nuestra belleza, juventud y atractivo sexual.

Las mujeres hemos ocupado una gran parte de nuestro tiempo en defendernos de una sexualidad impuesta, que nos parece a veces agresiva, a veces invasora, y, en definitiva, problemática, mucho más que en buscar el placer y sus mecanismos desde nosotras y para nosotras.

Todo ello ha hecho que sucesivas generaciones de mujeres hayan vivido y vivan al día de hoy en permanente conflicto con su cuerpo, con su sexualidad, con sus deseos y con su erotismo.

En lugar de percibir la sexualidad como una dimensión humana más, como un aspecto creativo y cultivable, llena de matices y posibilidades, en general, la vivimos casi como una condena de la naturaleza. De hecho, algunas mujeres, sobre todo a medida que se cumplen años, han desarrollado comportamientos que van desde la fobia sexual (*“de eso no hablo”, “me da asco”, “nunca me siento bien en esos trances”, “no puedo tocarme”, “no puedo hablar de ello”...*) hasta la indiferencia por el tema (*“no me interesa”, “nunca he sentido deseo”, “nunca tengo ganas”, “ni me va ni me viene”, “nunca sé porqué a los hombres le hijos”.....*

En definitiva, la sexualidad para las mujeres ha sido un campo minado, condenado, por tratarse de un asunto obsceno, masculino, dentro de un modelo que nos colocaba a todo el colectivo en una especie de situación ambigua y contradictoria: ¿debemos interesarnos las mujeres por la sexualidad?; ¿podemos correr el riesgo de ser acusadas de libertinas, ligeras de cascos o de ser meras copias instrumentalizadas por el hombre?

En las últimas décadas hemos asistido a un proceso de cambio en las costumbres y los usos sexuales que nos ha hecho pasar de la mojigatería religiosa y puritana, que nos planteaba el sexo como

asunto ajeno a las mujeres, a una era de sexualidad acrobática y publicitaria que poco tiene que ver con nuestra realidad y nuestras vivencias. En este proceso no hemos tenido tiempo a detenernos y pensar cuál es nuestro erotismo y cómo lo queremos vivir.

La idea de esta ponencia es plantearnos la necesidad de una mirada pagana de la sexualidad y el erotismo, desde una tradición erótica que no condene ni juzgue la sexualidad, que no nos la venda como un objeto de consumo, sino que la contemple como una dimensión más dentro de las posibilidades que ofrece el ser humano. Además, lo que relatan las mujeres que van cumpliendo años es que esta época de la vida tiene la ventaja de una mirada más serena y armónica, también más sabia, que nos abre las puertas a un erotismo más lúdico, más rico y menos ansiógeno que en los momentos de plenitud hormonal de la juventud.

## 2. Precisiones sobre la Sexualidad

Atender y entender la sexualidad de las mujeres implica realizar una reflexión sobre cómo cada mujer interpreta y vive su identidad sexual.

En este sentido, tanto hombres como mujeres compartimos el tener que compatibilizar dos tipos de historia, o, lo que es lo mismo, la sexualidad es a la vez individual e histórica:

*– Cada persona constituye una "biografía", una trayectoria vital en la que la identidad sexual es vivida de una forma personal y única. La sexualidad va a depender de las experiencias personales y subjetivas de cada cual.*

*– Pero, además, nuestra sexualidad también es 'histórica', porque la sociedad tiene unas costumbres, una cultura sexual, tiene unas creencias acerca de lo que significa ser hombre o ser mujer, y al día de hoy es una diferencia que todavía marca de manera significativa nuestra biografía, no es un aspecto que nos resulte indiferente. Hay una serie de expectativas, de ideas sobre lo que es ser hombre o mujer, son modelos con los que en alguna medida nos identificamos porque forman parte de nuestro aprendizaje. La sexualidad es una construcción histórica.*

La vivencia sexual no es un proceso que tenga cortes o fases, una sexualidad para la adolescencia, otra para la juventud y de repente envejecemos y se convierte en un aspecto secundario o simplemente desaparece. La identidad sexual y nuestro desarrollo sexual es un PROCESO VITAL, BIOGRÁFICO, CONTINUO, EVOLUTIVO, CREADO y CREATIVO.

En ese proceso cada persona desarrolla su sexualidad conformada por su identidad sexual, sus vivencias, creencias acerca de lo que debe experimentar y vivir, su erotismo, deseos, sentimientos y afectos. La sexualidad no es lo que se hace con los genitales, es demasiado simple, no es una práctica o un conjunto de ellas. Estos aspectos sólo son una parte a la que le hemos otorgado demasiada trascendencia dentro del conjunto de las experiencias sexuales. La sexualidad es el conjunto de vivencias, creencias, emociones... que experimentamos a lo largo de la vida.



Dicho esto, una pequeña reflexión acerca de los conflictos que las mujeres hemos vivido con la sexualidad.

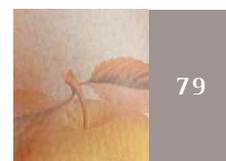
Lo que una cultura entienda por *masculinidad* y *feminidad* influye sobre todos los órdenes de la vida. Determina nuestra crianza, el guión vital que seguimos y también aquello de lo que nos avergonzamos y hacia lo que somos hostiles, nuestras fantasías, ambiciones y deseos. ¿Hay alguna mujer presente a la que no le haya condicionado en alguna medida la identidad sexual a la hora de desarrollar su sexualidad? ¿Cuántas veces hemos escuchado que determinados comportamientos y actitudes hacia la sexualidad no son propios de mujeres?

La sexualidad no era un asunto propio de mujeres. El pánico cristiano por un lado y la demonización moderna de la sexualidad como forma de violencia han hecho que una gran parte de las mujeres desarrollen una sexualidad marcada por la problemática sexual: el sexo es culpable hasta que no se demuestre lo contrario. Si una se recluye en el desierto no es ninguna sorpresa que la *lujuria* termine convirtiéndose en una preocupación importante.

Esto ha sucedido así por varias razones. Sólo me detendré en analizar cómo nuestra cultura piensa acerca de la sexualidad.

La cultura occidental le ha asignado a la experiencia sexual un significado central para nuestra vida y nuestro desarrollo. A lo largo del tiempo, la sexualidad ha sido tema de debate, de búsqueda, se la ha caracterizado de diferentes maneras y desde distintos ámbitos y teorías (las religiones, la medicina, la psiquiatría, las leyes, el feminismo...). Por eso, además de ser una experiencia individual, es al mismo tiempo una experiencia histórica, por esa capacidad que tienen las sociedades de regular ciertos aspectos de la vida íntima.

A pesar de las transformaciones en la moral sexual contemporánea, en los cambios de costumbres y de planteamientos con respecto a la sexualidad, a pesar de la permisividad y de la mayor información, seguimos en un modelo social en el que la sexualidad parece esconder una terrible verdad, una inevitable gravedad y dramatismo. Percibimos la sexualidad como un campo minado de peligros y problemas. En definitiva, la sexualidad en las sociedades occidentales se inscribe dentro de una dinámica más amplia, dentro de un marco de PERMISIVIDAD, de NORMALIDAD, y de CONTROL FORMAL O INFORMAL. Esto es así porque la sexualidad siempre se ha movido en el mismo marco teórico, el de una sexualidad que se hace no de una sexualidad que se es. No se ha hablado de la sexualidad como una dimensión humana sino como una práctica. Hablamos del sexo como práctica sexual, como tecnología sexual, como un aspecto sanitario, utilitarista y práctico. El sexo se ha definido mal. Primero como concupiscencia, como lujuria, instinto, libido, como pecado. El primero en controlar y regular la sexualidad era el confesor. En un segundo momento se cambia de paradigma y la sexualidad se medicaliza. Ahora es el médico el que dice lo que es normal o no. Donde se decía pecado ahora se dice enfermedad o perversión-desviación (campo de la psiquiatría) o disfunción sexual (campo de la psicología). No está enfermo sólo el homosexual o la lesbiana, el o la transexual o el masturbador voyerista, también está enfermo el eyaculador precoz, el impotente o la anorgásmica.



Hemos pasado de un modelo de PECADO-ENFERMEDAD a un modelo de PLACER, pero el paradigma teórico es el mismo:

- Es un modelo mercantilista, económico, de rendimientos: cuántos, ¿funcionaste?, ¿llegaste?
- Es un sexo genitalizado que obvia todo el proceso de sexuación y la complejidad de la dimensión humana.
- Convierte en enfermedad todo lo que no entre dentro del modelo de buen funcionamiento, convierte las diferencias en problemas y establece criterios muy rígidos de normalidad.
- Además, delimita las fórmulas de seducción y el encuentro amoroso al ámbito restringido de la pareja y en determinados momentos del ciclo vital, no en todos, con muy poco margen de movimiento y plasticidad en nuestras relaciones afectivas.

La sexualidad de las sociedades occidentales ha sido estructurada dentro de un marco social que la ha revisado con lupa y la ha sometido a controles rigurosos, porque seguimos considerando el sexo como algo conflictivo, algo oscuro, libidinoso y, por lo tanto, susceptible de ser un problema. No hay intenciones ocultas sino un interés alterado por el tema de la sexualidad. Esto depende de una creencia antigua y profundamente enraizada en nuestra tradición que es que la sexualidad se vive desde el drama y no desde la comprensión.

La sexualidad unida al sensacionalismo de los medios de comunicación, a su asociación con la violación, los abusos, las perversiones, la convierte en un chivo expiatorio y en un tema susceptible de ser maldito.

### 3. Importancia del amor romántico en la vivencia de la sexualidad de las mujeres

Unido a todo lo dicho anteriormente considero necesaria la reflexión sobre el modelo de romanticismo y de amor que ha tenido tanta importancia en la biografía sexual de muchas mujeres.

A pesar de los cambios profundos conseguidos en el siglo XX por el movimiento feminista sigo observando que las mujeres, en mayor medida que los hombres, asumen el *modelo de amor y romanticismo que nos hace ordenar nuestra biografía y nuestra historia personal en torno a la consecución de la pareja*. Muchas mujeres buscan aún la justificación de su existencia dando al amor un papel vertebrador de la misma, concediéndole más tiempo, más espacio imaginario y real. Los hombres conceden más tiempo y espacio a ser reconocidos y considerados por la sociedad y sus iguales.

Para muchas mujeres renunciar al amor o no tener pareja, separarse... es el fracaso absoluto de su vida, y es muy difícil que vean la soledad u otras alternativas afectivas (redes de amigas y ami-



gos, afectos diversos) como una promesa de vida mejor. Las mujeres siguen interpretando la ruptura matrimonial como un problema individual, como una situación estresante y anómala porque sienten que el fracaso es personal, interpretan la ruptura como una incapacidad personal para mantener a la pareja, se sienten responsables de la perdurabilidad de una relación. No se plantean que igual el modelo de pareja es el que falla, no la pareja como alternativa, sino el modelo afectivo de pareja que nos guía en nuestras relaciones.

Las mujeres siguen oprimidas por la idea de que no han triunfado si no consiguen un compañero ideal. O incluso si no consiguen un compañero aunque diste mucho de ser ideal. Perder el amor es fracasar. Los hombres pierden o fracasan si no tienen trabajo o éxito laboral, las mujeres si no tienen quien las quiera. Es una de las revoluciones que aún nos quedan pendientes.

Las mujeres buscan la pareja como confirmación y afirmación de su sentido vital intentando compaginar trabajo y necesidades propias con el amor vivido en un modelo exclusivo de pareja. Demasiadas expectativas puestas en una única persona y demasiada idealización de un modelo romántico que genera frustraciones y drama en tantas vidas femeninas.

#### 4. La mujer placer. Del sexo al erotismo

Si cumplir años y envejecer nos puede ayudar a ser más sabias y felices en todos los ámbitos de nuestra vida, en el terreno sexual nos tiene que pasar algo similar. Una vez que una abandona los discursos y las modas, lo correcto, que está menos atada a la deseabilidad social, también puede abandonar en el terreno sexual la imaginaria pornográfica: esas exigencias mecánicas y acrobáticas, el cuerpo como máquina, la sexualidad vivida sólo en las *zonas de excitación*, en las zonas erógenas. En definitiva, cuando somos viejas es la hora de abandonar la fontanería de la sexualidad, y dejar de lado la sexualidad problemática del pasado y también la de las modernas partidarias del siempre más. Es tiempo de ver la sexualidad desde otra perspectiva que no implique la relación infernal de dominación y de sumisión, la diferencia de poder entre los sexos y el deseo como algo oscuro y conflictivo. Es hora de abandonar los conceptos de sexualidad buena o mala, plena o vacía, lícita o ilícita, normal o anormal.

Podemos encontrarnos en una sexualidad transparente, contractual (pactada y consensuada), que implique compartir fantasías, perversiones, pulsiones, que postule el parecido o encuentro entre los sexos allí donde parece justamente que es imposible o que no existe. Es posible hablar de relaciones en plural, de calidad afectiva, efectiva y sexual. Pienso en una sexualidad más espontánea, más lúdica, sin metas, que no ignore el sentimiento pero que pueda trascenderlo, que sea amoral según para qué juicios de corrección, que no consideremos la gratuidad y el amor como únicos criterios de una sexualidad virtuosa. Una sexualidad que no deje ningún espacio a la imaginación, a la espontaneidad y a la seducción significa el fin del erotismo. El juego de lo no-dicho, de la sorpresa, de las máscaras y de las iniciativas deben tener lugar en este circo.

Sobre las mujeres pesa la maldición de ser pensadas desde otra mirada que no es la nuestra (mirada masculina, mirada médica), según la cual se espera de nosotras una sexualidad lenta, estable, global, que no es voluble ni caprichosa, que no es rápida, ni desprovista de sentimientos o de romanticismo. Los trabajos sobre estos temas continúan subrayando las diferencias entre el deseo femenino y el masculino. Por eso creo que es el momento de responder a las expectativas específicamente femeninas en materia de erotismo sin comparaciones con el deseo masculino ni con el deseo de otras mujeres. Creo que podemos ya a estas alturas demandar que se valoren en su justa medida los mal llamados *preliminares*, los cuerpos vistos en su conjunto, sin separarlos de la mente, una progresión teatral de la seducción y la intriga amorosa y erótica. ¿Y la intimidad, la ternura, la cooperación, la emoción, el juego? ¿Hasta cuándo la seducción va a tratarse de una operación militar destinada exclusivamente a los y las jóvenes?

Creo que se ha dado una visión excesivamente pasiva e infantil de la sexualidad femenina, relacionándola exclusivamente con la ternura y el romanticismo más ñoño. La sexualidad en un sentido amplio es una cuestión de aprendizaje para los dos sexos al margen de la edad y las convenciones culturales. La multiplicidad de sexualidades es algo que no hay que demostrar, ni tampoco la complejidad de la libido. Otra cosa es que la hayamos canalizado en el seno de la conyugalidad y de la pareja, y que las mujeres hayamos hecho un mayor esfuerzo por defendernos de la violencia que la sexualidad podía entrañar que por vivir la sexualidad en positivo y desde nuestra realidad y nuestras posibilidades y gustos.

Tampoco existe una sexualidad más recomendable, como se empeñan algunos discursos en señalar. La dulzura, la no-dominación, el encuentro amoroso, la ternura, son sólo posibilidades. No hay una sexualidad femenina y otra masculina impermeables, ni dos identidades sexuales fijas. Abramos la vía al juego de lo posible. No al sexo único. Esta es la condición de nuestra multiplicidad, de nuestra diversidad y riqueza como seres humanos.

Creo que en el caso de las mujeres es hora de manifestar el hartazgo de las dependencias insatisfactorias, de amores y relaciones poco recíprocos. La imagen de mujer callada y sumisa se concilia mal con las mujeres que encuentro en mi quehacer diario, mujeres con la palabra y el cuerpo dispuestos a pedir y pactar. No obstante, no podemos confundir la búsqueda de la risa, del humor, de la sabiduría emocional y la reivindicación del placer y el desparpajo, con la promiscuidad embrutecida y artificial de lo mediático que da una imagen hipersexualizada de las mujeres como objetos de publicidad.

Hay un camino que recorrer para que lo divertido sea el argumento de nuestras relaciones afectivas y sexuales, frente a esa entrega a una intimidad caníbal, insuficiente y monótona. Podemos, con los años, recrearnos en los placeres y desarrollar ciertos aspectos de nuestra sexualidad que no estaban explorados por las razones citadas en el texto. Se me ocurre que podemos recorrer caminos nuevos que pasen por pensar en cómo trivializar el erotismo, desacralizar las relaciones afectivas y las rupturas, desdramatizar el amor (de las lágrimas de Eros a las pasiones distendidas que no se conviertan en angustias y obsesiones). Podemos plantearnos la seducción como juego y como principio del placer y del buen trato con el otro en los mecanismos de enamoramiento. Seguir

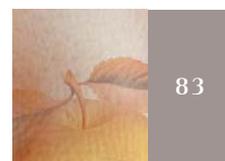


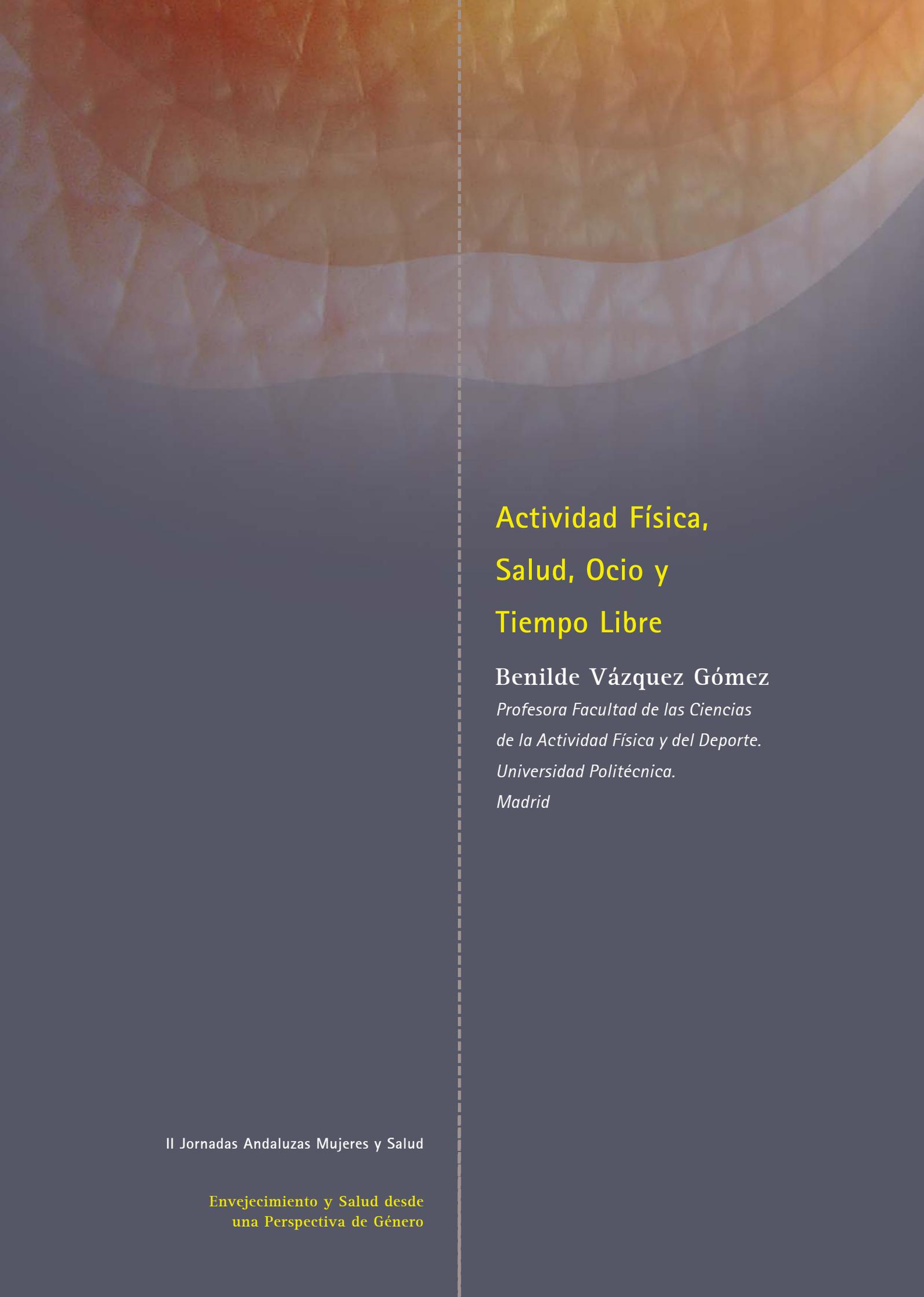
en la línea de perder la dimensión dramática de la sexualidad y cambiarla por una visión más humorística, asertiva y provocadora. Es importante una revisión de los aspectos sentimentales de nuestra educación, flexibilizando la uniformidad afectiva, designando nuevos tipos de relaciones, de encuentros sexuales y de pactos sentimentales.

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

Sexualidad y  
Envejecimiento  
de las Mujeres  
*Pilar Sampedro Díaz*





**Actividad Física,  
Salud, Ocio y  
Tiempo Libre**

**Benilde Vázquez Gómez**

*Profesora Facultad de las Ciencias  
de la Actividad Física y del Deporte.  
Universidad Politécnica.  
Madrid*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

**Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género**

# Actividad física, salud, ocio y tiempo libre

BENILDE VÁZQUEZ GÓMEZ



## CONTENIDO.

- **Introducción:**
  - ¿Por qué?
  - ¿Para qué?
- 1. Salud y género: distintos enfoques.**
- 2. Actividad física y género: aspectos biológicos.**
- 3. Actividad física y género: aspectos psico-sociales**
- 4. Riesgos específicos para la salud de las mujeres adultas y su relación con el ejercicio físico.**
- 5. Barreras que todavía tienen las mujeres para la práctica de actividades físico-deportivas.**
- 6. Estrategias para promover el ejercicio físico en las mujeres.**



BENILDE VÁZQUEZ /ÉLIDA ALFARO



## 1. Salud y género: distintos enfoques.

- Considerar que las mujeres son físicamente diferentes a los hombres y que los factores culturales son irrelevantes .
- La segunda perspectiva tiene el punto de vista contrario: "las mujeres son víctimas de su propia cultura".
- La tercera perspectiva es una consecuencia de la anterior: "las mujeres son física y culturalmente iguales a los hombres".
- La cuarta perspectiva es una perspectiva **holística** que tiene en cuenta tanto las diferencias físicas como las socio-culturales.



## **2. Actividad física y género :aspectos biológicos**

- **Aspectos morfológicos**
- **Aspectos fisiológicos**
- **Diferencias en rendimiento**



## Aspectos morfológicos

Características	Resultados
<i>Sistema esquelético</i>	
Las mujeres suelen ser más pequeñas	Estructura del cuerpo más ligera
Las mujeres tienen una pelvis más ancha los muslos inclinados hacia dentro hacia las rodillas, y los huesos inferiores de las piernas están menos arqueados que en los hombres	Diferente mecánica al correr; algunos creen que tienen una mayor predisposición a sufrir lesiones debido a la inestabilidad de la rodilla
Las mujeres tienen miembros más cortos (en relación con la altura total del cuerpo)	Palanca más corta de los brazos para el movimiento (importante en el uso de implementos)
Las mujeres tienen hombros más estrechos con más inclinación	Diferente mecánica de la musculatura de los miembros superiores
<i>Composición corporal</i>	
Las mujeres tienen un mayor porcentaje de grasa corporal y concentración de tejido adiposo subcutáneo	Contornos más redondeados y menos angulosos
Las mujeres tienen menos masa corporal activa (menos hueso y menos músculo)	Físico menos mesomórfico y más endomórfico. Menos tejido metabólicamente activo. Mayor flotabilidad.
Las mujeres tienen una menor masa muscular	Menor fuerza absoluta.

Fuente: Wells, C.L. *Resumen de algunas Diferencias Morfológicas entre los Sexos*



## Aspectos fisiológicos

Características	Resultados
<b>Sistema cardiovascular.</b>	
Las mujeres tienen un menor volumen de sangre, menor número de glóbulos rojos (aproximadamente un 6% menos), y menos hemoglobina (aproximadamente un 15% menos)	Capacidad de transporte de oxígeno total de la sangre, menor.
Las mujeres tienen corazones más pequeños	Frecuencia cardíacas más elevadas, menor volumen sistólico, y menor pulso de oxígeno en Q y VO <sub>2</sub> dados
Las mujeres tienen menos Q max	Menor VO <sub>2</sub> max (entre un 20% y un 25% más bajo)
<b>Sistema respiratorio</b>	
Las mujeres tienen un tórax menor	Menor CV, TV, RV y MBC
Las mujeres tienen menos tejido pulmonar	Menor volumen respirado por minuto
<b>Sistema muscular</b>	
No diferencias en la distribución de fibras de contracción lenta y rápida	
Las mujeres tienen menos masa muscular (menor número de fibras y más pequeñas)	Fuerza en la parte superior del cuerpo inferior entre un 40 y un 60%, y un 25% más débil en la parte inferior del cuerpo

Fuente: Wells, C.L. *Resumen de algunas Diferencias Morfológicas entre los Sexos.*



## Diferencias en rendimiento

- El rendimiento físico es mayor en los hombres que en las mujeres
- En los test de condición física los chicos siguen puntuando más alto que las chicas en todos los aspectos (fuerza, velocidad, resistencia, etc.) menos en flexibilidad. Los test de capacidad motora muestran también diferencias desde las primeras edades.
- Las diferencias no siempre van en detrimento de la mujer. Así un menor tamaño corporal y más cantidad de grasa facilita la natación. Por otra parte los trabajos de Nelson (1986 y 1991) muestran que a partir de los 10 y 12 años los niños superan como media a las niñas en lanzamientos, velocidad y agilidad; en cambio las niñas son mejores en saltos rítmicos, equilibrio y en general en tareas manuales.
- Los distintos valores (Dyer, 1982; Ruiz, 1994; Wells, 1996) mantienen que estas diferencias pueden estar influenciadas en una gran medida por los procesos de socialización y sobre todo por las primeras interacciones que niños y niñas establecen con su entorno y el refuerzo social que reciben de su familia, de la escuela o de la sociedad en general.



### **Resumiendo:**

**Las diferencias en rendimiento podrían ser reducidas por una mayor igualdad de oportunidades en la educación física y en la actividad deportiva así como con una mayor atención por parte de los profesores, monitores, médicos y sociedad en general. Por lo tanto a la pregunta ¿tienen las mujeres menos capacidad para la práctica del ejercicio físico? podríamos contestar con otra: ¿tienen menos capacidad porque no practican?**



## Actividad física y género: aspectos psico-sociales

### • Aspectos históricos:

- El acceso de las mujeres al deporte ha sido muy lento y solo ha empezado a tener consistencia en las últimas décadas. En España, concretamente, en la última, y ciertamente de una forma acelerada.
- Cualquier análisis de la educación física femenina se basa, desde luego, en dos presupuestos: en las concepciones sobre la educación de la mujer y en las concepciones sobre el cuerpo femenino. En relación a éste, la concepción biologista del mismo, derivada del sexo genético de la mujer, dota a ésta de unas características precisas para que realice su función biológica esencial, la transmisión de la vida.
- La participación de la mujer en el deporte ha ido evolucionando a medida que ha ido cambiando su rol social.



## Actividad física y género: aspectos psicosociales

**Situación actual:** Porcentaje de participación.



43,47% JJOO

26,26% (muj.) 41% (hom) Práctica deportiva

1,24% boxeo

16,2% Dep. Federado

53,8% voleibol

83,4% gimnasia

50,48% Educación Física (obligatoria)

30% Deporte Escolar

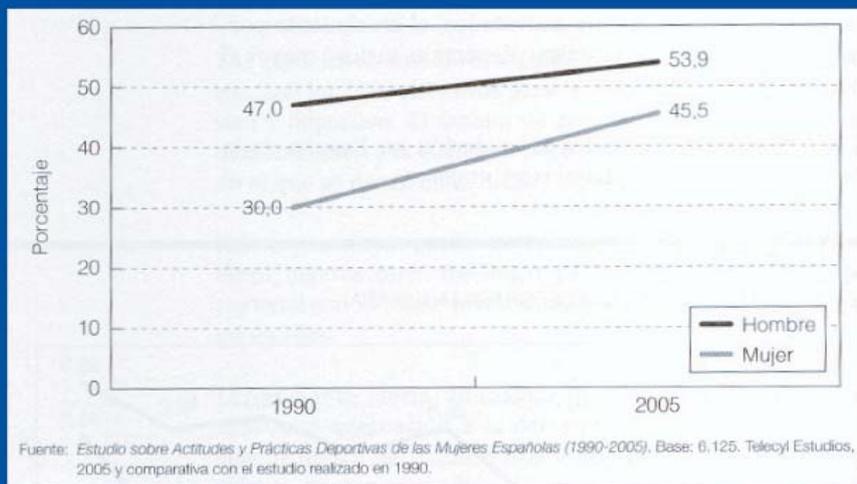
30,35% Activ. Dep. extraescolares

25% Deporte universitario

9,7% Gestión Deportiva



## Evolución de la actividad físico-deportiva



## 4. Riesgos específicos para la salud de las mujeres adultas y su relación con el ejercicio físico.

### Etapa fértil.

#### Aspectos descriptivos:

- La inactividad física es un factor de riesgo más preponderante que cualquier otro.
- Las personas inactivas físicamente tienen el doble de probabilidades de desarrollar cardiopatía coronaria (Healthy People 2010)
- De 9 a un 16% de las muertes producidas en los países desarrollados pueden ser atribuidas a un estilo de vida sedentario.
- España es el primer país en cuanto a la tasa de inactividad física por habitante (37 %)
- Hasta un 66% de los adultos europeos no alcanzan los 30 minutos de actividad física diaria recomendados, y 1 de cada 4 no realizan actividad alguna.

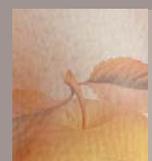


## Riesgos específicos para la salud de las mujeres adultas y su relación con el ejercicio físico.

### Etapa fértil.

#### Diferencias hombre-mujer:

- Enfermedades más frecuentes en mujeres que en varones: *artritis, depresión, diabetes tipo 2, osteoporosis, cálculos biliares y trastornos de la alimentación, tasa de cáncer pulmonar, síndrome del intestino irritable (x3), enfermedades hepáticas (x9), trastornos de la alimentación...*
- Difieren en su fisiología y en su comportamiento
  - Mismas enfermedades con diferentes índices y distintos síntomas.
  - Repercusión de diferencias en estilo de vida
  - Las hormonas modifican su *capacidad de absorber y responder a ciertos medicamentos;*
  - Enfermedades femeninas: endometriosis, fibromas uterinos, cánceres fem...



## Riesgos específicos para la salud de las mujeres adultas y su relación con el ejercicio físico.

### ➤ Etapa fértil.

#### Beneficios del ejercicio físico:

- Determinar la capacidad física de una persona constituye un predictor de mortalidad más útil que las tablas de Framingham.
- El beneficio es especialmente considerable en las mujeres: aumentar un punto su capacidad física reduce un 17 % su mortalidad.
- No existe consenso respecto a la cantidad e intensidad del ejercicio necesario:

*"El mayor beneficio para la salud a largo plazo surge cuando las personas sedentarias alcanzan un mejor acondicionamiento físico que aquellos que realizan ejercicio físico intenso". (Instituto Cooper de Investigación Aeróbica)*



## Riesgos específicos para la salud de las mujeres adultas y su relación con el ejercicio físico.

### ➤ Postmenopausia.

#### Descripción:

- LA MENOPAUSIA: Consiste en la desaparición de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario (déficit estrogénico)
- En España 5,6 millones de mujeres mayores de 50 años (INE 1997) y la esperanza de vida de las mujeres es de 81 años.
- Datos europeos:
  - 57% mujeres entre 45 y 65 años tiene una enfermedad crónica
  - 23% una patología discapacitante.
  - 80% mayores de 65 años padece patología crónica y el 31% discapacidad grave.
- En la actualidad debido al aumento de las expectativas de vida de las mujeres (en España 82/83 años) vivirán más años de sus vidas en el período postmenopáusico.

## **Riesgos específicos para la salud de las mujeres adultas y su relación con el ejercicio físico.**

➤ Postmenopausia.

### **Patologías específicas:**

- Enfermedades cardiovasculares 52 % de todas las muertes por enfermedad cardíaca en mujeres en EEUU.
- Accidentes cerebro-vasculares 61 % de todas las muertes por accidente cerebrovascular en mujeres en EEUU
- Osteoporosis
- Artrosis
- Incontinencia urinaria
- Reacciones tóxicas a los medicamentos
- Dolor crónico
- Etc...



## Riesgos específicos para la salud de las mujeres adultas y su relación con el ejercicio físico.

➤ Postmenopausia.

Beneficios del ejercicio físico en:

PATOLOGÍA CARDIO-VASCULAR

- La actividad muscular puede proteger directamente el sistema cardiovascular a través de:

- mecanismos neurales y homeostáticos
- por incremento en la vascularidad del miocardio.
- efectos benéficos sobre los lípidos y la presión arterial.

TIPO DE EJERCICIO: Aeróbico (caminata, trote, bicicleta)

INTENSIDAD: 50-60% de Frecuencia Cardíaca Máxima

FRECUENCIA: 3 veces por semana

DURACION: 45-60 minutos

CANTIDAD DE MUSCULATURA: Grupos musculares flexores y extensores

## Riesgos específicos para la salud de las mujeres adultas y su relación con el ejercicio físico.

➤ Postmenopausia.

Beneficios del ejercicio físico en:

- OSTEOPOROSIS

- Enfermedad sistémica que afecta al esqueleto y se caracteriza por:
  - disminución de la densidad ósea (DO)
  - alteración de la estructura microscópica del tejido óseo
- Prevalencia:
  - El segundo problema sanitario asistencial en el mundo, afecta al 20% de la población y va en aumento(OMS).
  - Casi la mitad de las mujeres postmenopaúsicas padecen osteoporosis
  - En España afecta a cerca de dos millones y medio de mujeres aunque sólo 300.000 están diagnosticadas.
  - Provoca unas 200 fracturas de cadera por cada 100.000 pacientes en España
  - En Estados Unidos 1,3 millones de fracturas cuesta 3,8 billones de dólares por año



## Riesgos específicos para la salud de las mujeres adultas y su relación con el ejercicio físico.

### ➤ TERCERA EDAD.

Características:

- Inactividad física factor determinante en el deterioro del envejecimiento.
- Las pérdidas son de un:
  - 67 % para la agilidad;
  - 58% para la fuerza de los miembros inferiores
  - 28% para la fuerza de los miembros superiores.
- La pérdida de fuerza muscular es de aproximadamente 30% y del área muscular de 40% de la 2ª a 7ª década de vida



## Riesgos específicos para la salud de las mujeres adultas y su relación con el ejercicio físico.

### ➤ TERCERA EDAD.

Beneficios del ejercicio:

- **Efectos antropométricos y neuromusculares**
- **Efectos metabólicos**
- **Efectos psicológicos**

### ENTRENAMIENTO DE LA FUERZA MUSCULAR

- Mejora de la velocidad de andar
- Mejora del equilibrio
- Aumento del nivel de actividad física espontánea
- Mejora de la auto-eficacia
- Contribución en la mantención y/o aumento de la densidad ósea
- Ayuda en el control de Diabetes, Artritis, Enfermedades cardiovasculares
- Mejora de la ingestión dietética
- Disminución de la depresión



## **5. Barreras que todavía tienen las mujeres para la práctica de actividades físico-deportivas.**

- La experiencia corporal de la mujer.
- El acceso a los lugares públicos.
- El tiempo libre.
- El sentido lúdico



## **6. Estrategias para promover el ejercicio físico en las mujeres.**

- ✓ **Cambiar la mentalidad de las mujeres:**
  - a través de la Educación Física.
  - a través de la presentación de modelos positivos.
  - a través de campañas sanitarias y deportivas
- ✓ **Cambiar la mentalidad de las familias.**
- ✓ **Cambiar la mentalidad de los profesores deportivos.**
- ✓ **Cambiar la mentalidad de las instituciones:**
- **Incorporar a las mujeres a la dirección y a la toma de decisiones en el deporte**



**Muchas gracias...**



BENILDE VÁZQUEZ GÓMEZ.

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

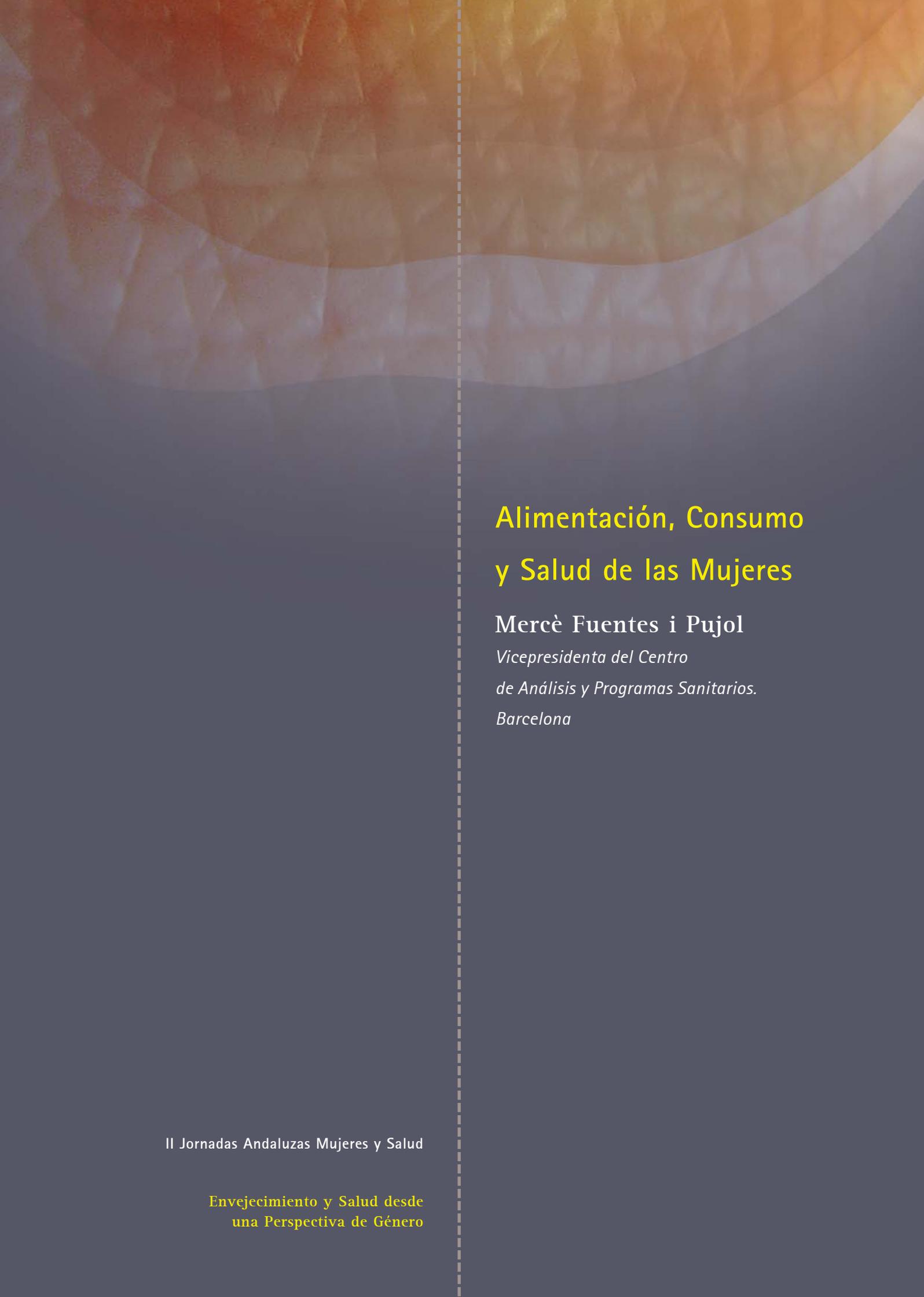
Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

Actividad Física,  
Salud, Ocio y  
Tiempo Libre

*Benilde Vázquez Gómez*



109



## Alimentación, Consumo y Salud de las Mujeres

Mercè Fuentes i Pujol

*Vicepresidenta del Centro  
de Análisis y Programas Sanitarios.  
Barcelona*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

## Alimentación, consumo y salud

En la especie humana, mujeres y hombres comemos alimentos de origen animal y de origen vegetal, somos pues animales omnívoros. Habitualmente los alimentos elegidos para que las especies sobrevivan, son los que contienen mejores propiedades nutritivas y los que les proporcionan más energía dentro del hábitat donde se desenvuelven. Hay también alimentos biológicamente inadecuados para nuestra especie a causa de nuestras características fisiológicas, como por ejemplo nuestro estómago no tiene capacidad para rumiar y por ello no podemos consumir grandes cantidades de celulosa, pero hay también muchas sustancias que se acumulan en nuestro organismo, que no podemos utilizarlas y se pueden convertir en nocivas para el cuerpo como por ejemplo los residuos de pesticidas o metales pesados y provocar enfermedades.

De la energía que se aprovecha de los alimentos, una parte se utiliza para mantener las funciones básicas como moverse, respirar, pensar, crecer, etc., una parte se elimina con las secreciones corporales y otra parte se acumula en forma de reservas.

La nutrición es pues el aprovechamiento que hacemos en nuestro cuerpo de las propiedades de los alimentos que consumimos.

En la evolución del conocimiento científico actual, se han identificado propiedades de los alimentos en relación con el aporte energético y su utilización en el organismo como las proteínas, los azúcares y las grasas y más recientemente los minerales y las vitaminas. La composición química de los diferentes alimentos y sus efectos sobre el cuerpo y con ello sobre la salud.

En la actualidad en los países desarrollados, se han producido cambios, tanto con la introducción de productos manufacturados, como con la industrialización y distribución de los alimentos, así también la globalización de los mercados de los productos alimentarios, están cambiando los patrones de la alimentación de la población y que tienden a favorecer más el consumo que a las necesidades nutritivas.

También en las sociedades modernas, están apareciendo enfermedades crónicas y enfermedades degenerativas que coinciden con los cambios en los hábitos de la población como el estrés, el aumento de consumo de grasas, el sedentarismo, el hábito tabáquico, la contaminación, etc., pero como también por un aumento espectacular de nuestra expectativa de vida, básicamente por la

disminución de las enfermedades infecciosas, los antibióticos, las técnicas quirúrgicas, la prevención, etc.

El desarrollo de la industria alimentaria significa innovaciones en el campo de los procedimientos biotecnológicos aplicados a los alimentos y para la comunidad científica supone un reto la utilización de biotecnología aplicada a prevenir y tratar enfermedades a partir de la modificación de los alimentos y a profundizar en los conceptos de alimentación y salud.

Se manejan conceptos como, nutrición, dieta, alimentos funcionales, alimentos nutraceuticos, alimentos probióticos, dieta mediterránea, alimentos nutraceuticos, suplementos dietéticos, sustancias bioactivas, productos light, productos SIN o CON, etc.

La **Nutrición**, es la función que realizan los componentes biológicos de los alimentos en nuestro organismo. De los componentes químicos de la alimentación, la función plástica o reparadora en las necesidades de crecimiento o enfermedades del cuerpo estarán a cargo de las Proteínas principalmente. En la función energética, para el movimiento, el trabajo, etc., se realiza a través e los Hidratos de Carbono y de las Grasas. La función de regulación y de mediación de funciones, estará a cargo de la fibra, de las vitaminas, minerales y del agua. Así pues a estas propiedades ya conocidas se buscan otras para aumentar el valor intrínseco de los alimentos con alegaciones de salud. La legislación aún esta regulando estas consideraciones.

Los **alimentos funcionales** son alimentos naturales con alguna propiedad específica para prevenir alguna enfermedad o alimentos que bajo apariencia natural se les ha añadido o sacado algún componente con biotecnología y a los que se les realizan *alegaciones* de salud y forman parte de la dieta normal. Son alimentos con apariencia de alimento natural donde se ha modificado su composición. Con funciones nutritivas y también algunas específicas que favorecen ciertas capacidades. No curan ni previenen por si solos y no son indispensables en la alimentación. En el mercado ya hay muchos de estos alimentos que añaden nutrientes como la leche con omega3, leche con calcio y vitamina D, margarinas light, con vit A, con vit E, etc. Otros componentes orgánicos añadidos, como los flavonoides, o fitoesteroles.

Los **prebióticos**, que estimulan la flora intestinal, como los bífidos activos que ayudan a equilibrarla.

**Alimentos nutraceuticos**, suplementos dietéticos con matriz no alimentaria en comprimidos polvos o cápsulas con sustancias bioactivas concentradas.

**Alimentos ecológicos**, son aquellos que han criado sin productos químicos y que están etiquetados con este registro.

**Alimentos integrales**, son alimentos menos refinados, y que contiene mas cantidad de fibra, de vitaminas y minerales.



La dieta como concepto terapéutico. Conjunto de alimentos con propiedades para el mantenimiento de la salud. Dieta mediterránea, como paradigma de salud para disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y que además da cobertura a las necesidades nutricionales para mantener la salud.

Alimentos transgénicos o sea tratados genéticamente para ser más resistentes a las plagas, crecer más rápido, etc. pero no se conocen aún los efectos a largo plazo que puedan tener sobre nuestro organismo, aumento de alergias, resistencia a los antibióticos, etc. Deben estar etiquetados para identificar estos productos o que solo contengan menos del 0.9 %.

Las grasas trans, que se utilizan desde hace tiempo en los alimentos precocinados y en la bollería industrial, que son grasas vegetales hidrogenadas para dar textura de solidez y que con ello se han transformado en saturadas.

El agua embotellada, que con sus anunciadas composiciones en minerales, es una de las industrias más florecientes actuales y las grandes empresas propietarias son, CocaCola, Pepsicola, Nestlé y Danone.

Se están arbitrando leyes para la regulación del mercado y también para la composición de los productos así como la información y la protección de la salud de los consumidores, en distintas organizaciones políticas y sanitarias de los Estados

## Mujeres, alimentación, envejecimiento y salud

Nuestro objetivo sería comer bien para vivir mejor, que incluiría además de alimentos saludables, hábitos de vida saludables, mantenimiento de las funciones físicas, fisiológicas, mentales, psíquicas, emocionales y sociales.

Poder evolucionar hacia la vejez conservando el mayor tiempo posible el máximo de independencia.

Las mujeres somos un buen objetivo del negocio alimentario, tanto por nuestra función de cuidadoras de la alimentación y de la salud de la familia como por la valoración estético-social de nuestro cuerpo. La utilización de criterios preventivos presumiblemente relacionados con salud, tienen mas relación con los modelos estéticos de juventud, belleza que no acepta el paso de los años que con la salud para mantener la vida en las mejores condiciones.

Las mujeres somos las posibles consumidoras de productos farmacéuticos o de productos alimentarios o sea productos nutracéuticos para aliviar o prevenir malestares, bajo el aspecto de productos saludables y naturales.

Las enfermedades crónicas como el dolor o las enfermedades impuestas alrededor de la menopausia, la prevención de fracturas, de eventos cardiovasculares, o las preocupaciones estéticas, con



tratamientos farmacéuticos como la THS (terapia hormonal sustitutoria) o naturales como los fitoestrógenos o alimentarios como la soja.

Actualmente las mujeres nos enfrentamos con unas informaciones sobre nutrición y salud en relación a productos alimentarios que puede ser totalmente sesgada y equívoca.

Los lácteos sirven para la crianza en los mamíferos, no hay ningún animal adulto que tome leche, sino es de forma ocasional, no porque sea malo sino porque es demasiado. La leche es uno de los alimentos más completos pero en esta sociedad de la hiperabundancia alimentaria representa una sobrecarga y por ello hay que manipularla, descremada, semidescremada, etc. Los adultos encontramos los mismos nutrientes en la carne, el pescado, los cereales, las legumbres, las frutas y en las verduras.

La soja y derivados, son una introducción reciente en la alimentación occidental a partir de soja transgénica y que es muy utilizada por su contenido en fitoesteroles (Isoflavonas) y calcio, pero en nuestra alimentación los guisantes, las legumbres y los frutos secos tienen los mismos componentes. Los flavonoides como antioxidantes los encontramos en grandes cantidades en el té verde, el cacao, el vino y en el chocolate negro.

Los esteroides, son estrógenos vegetales o sea fitoestrógenos que se comportan igual que los estrógenos animales en sus funciones hormonales o sea con sus ventajas pero también sus riesgos si se consumen en exceso, en la etiología de los cánceres estrógeno dependientes. Esteroides naturales hay en todas las semillas en general, aceites, legumbres, frutas y verduras en cantidades variables.

El calcio y la osteoporosis. El calcio es uno de los minerales más abundantes en los alimentos, huevos, legumbres, vegetales, pescados carne, etc..., además por mucho calcio que tomemos sino tenemos suficiente vitamina D, para fijarlo en los huesos, lo eliminamos por la orina. Debe haber un equilibrio entre el calcio que tomamos y la vit D, que se halla en leche, huevos y pescado y se transforma en contacto con el sol en nuestra piel, para poder utilizarla. La osteoporosis es la enfermedad que se ha relacionado con el aumento de fracturas porque hace los huesos frágiles por falta de calcio pero también de vitamina D y sobretodo lo que más ayuda a aumentar la masa ósea, es el ejercicio físico, contra gravedad, caminar, bailar, correr. Nadar es menos efectivo para la masa ósea pero mejor para los músculos.

Con respecto a la nutrición y la salud también están apareciendo enfermedades relacionadas con una alimentación deficiente, por falta de algunos nutrientes en las comidas como la fibra o las vitaminas en las mujeres mayores, enfermedades relacionadas con la alimentación y los roles sociales de las mujeres como la anorexia y la bulimia, enfermedades por exceso como la obesidad o enfermedades que tienen que ver con el metabolismo de los alimentos, intolerancia a la glucosa, diabetes etc. Pero las enfermedades están más relacionadas con el ambiente social, las costumbres y la economía que con los comportamientos individuales que es donde se pretenden situar todos los problemas y todas las soluciones.



## Referencias Bibliográficas

"Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases". Report of a joint WHO/FAO expert consultation. World health organization. WHO technical Report Series 916. Geneva: WHO, 2003.

FUENTES, Mercè: "Las grasas en la alimentación". *MyS, Mujeres y salud* nº 5. febrero 2000, Pág. 8-9. CAPS Centro de Análisis y Programas Sanitarios. Barcelona.

LUENGO FERNÁNDEZ, Emilio Coordinador. *Alimentos funcionales y nutracéuticos*. Sociedad Española de Cardiología. Acción Médica 2007.

HARRIS, Marvin. *Bueno para comer*. Antropología Alianza Editorial. CS 3006. Reedición 2007.

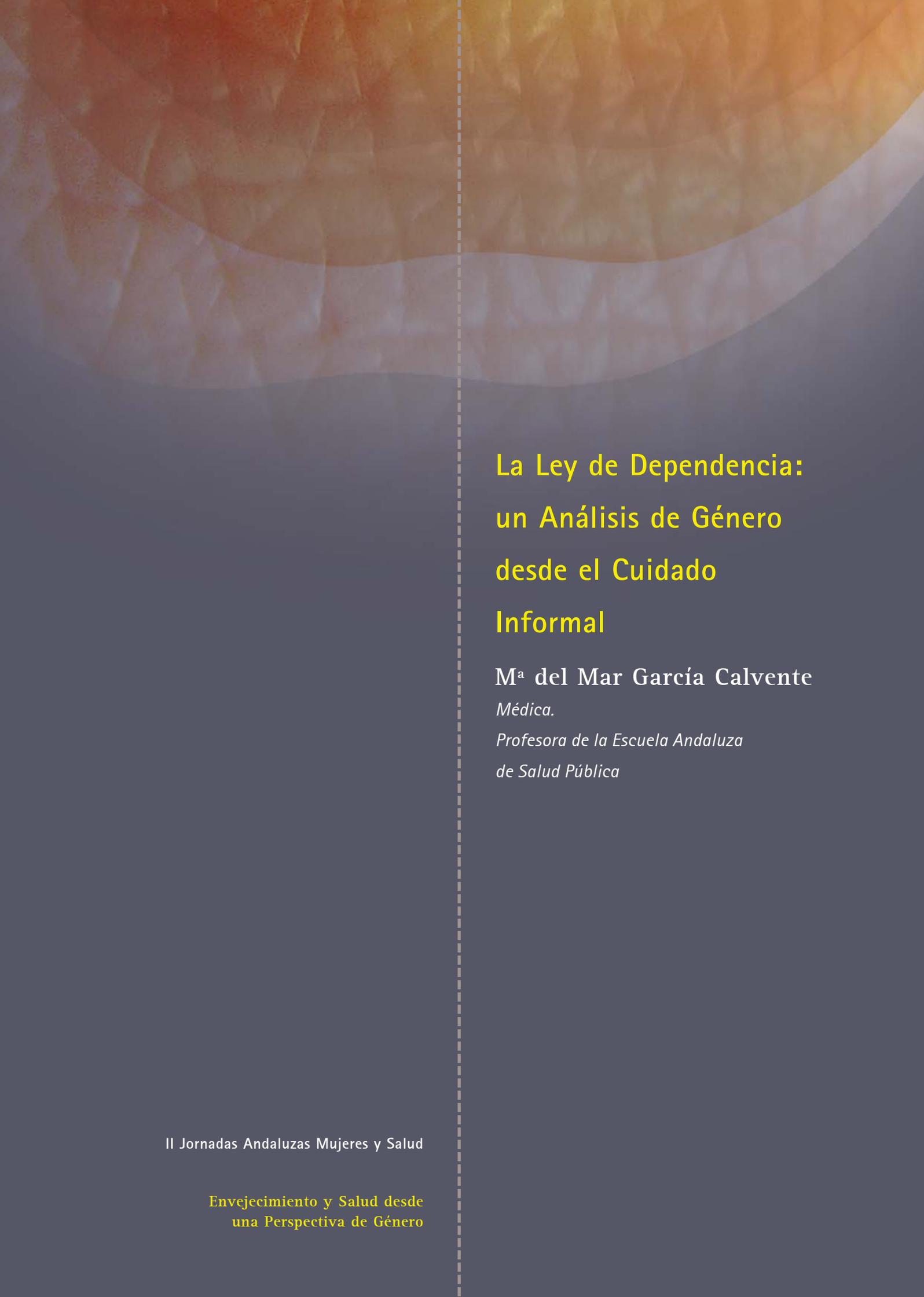
MARINE, Abel. *Alimentos funcionales*. HISPACOOOP (Confederación cooperativa de consumidores y usuarios).  
[http://www.hispacoop.es/web/es/alimentos\\_funcionales/entrevistas](http://www.hispacoop.es/web/es/alimentos_funcionales/entrevistas)

ROS, E. "Prebióticos y probióticos en la regulación del metabolismo de los lípidos". *Gastroenterol hepatol* 2003; 26:31-6.

Sachs FM, et al. "Soy protein isoflavones, and cardiovascular health"; an *American Heart Association Science advisory for professionals from the nutrition comité*. *Circulation* 2006; 1034-44.

VALLS-LLOVET, Carme. La salud de las mujeres de la invisibilidad a la medicación. *MyS, Mujeres y salud*. nº 15, dossier Pág. 1 a 5. CAPS. Centro de Análisis y programas Sanitarios. Barcelona 2005.





**La Ley de Dependencia:  
un Análisis de Género  
desde el Cuidado  
Informal**

**M<sup>a</sup> del Mar García Calvente**

*Médica.*

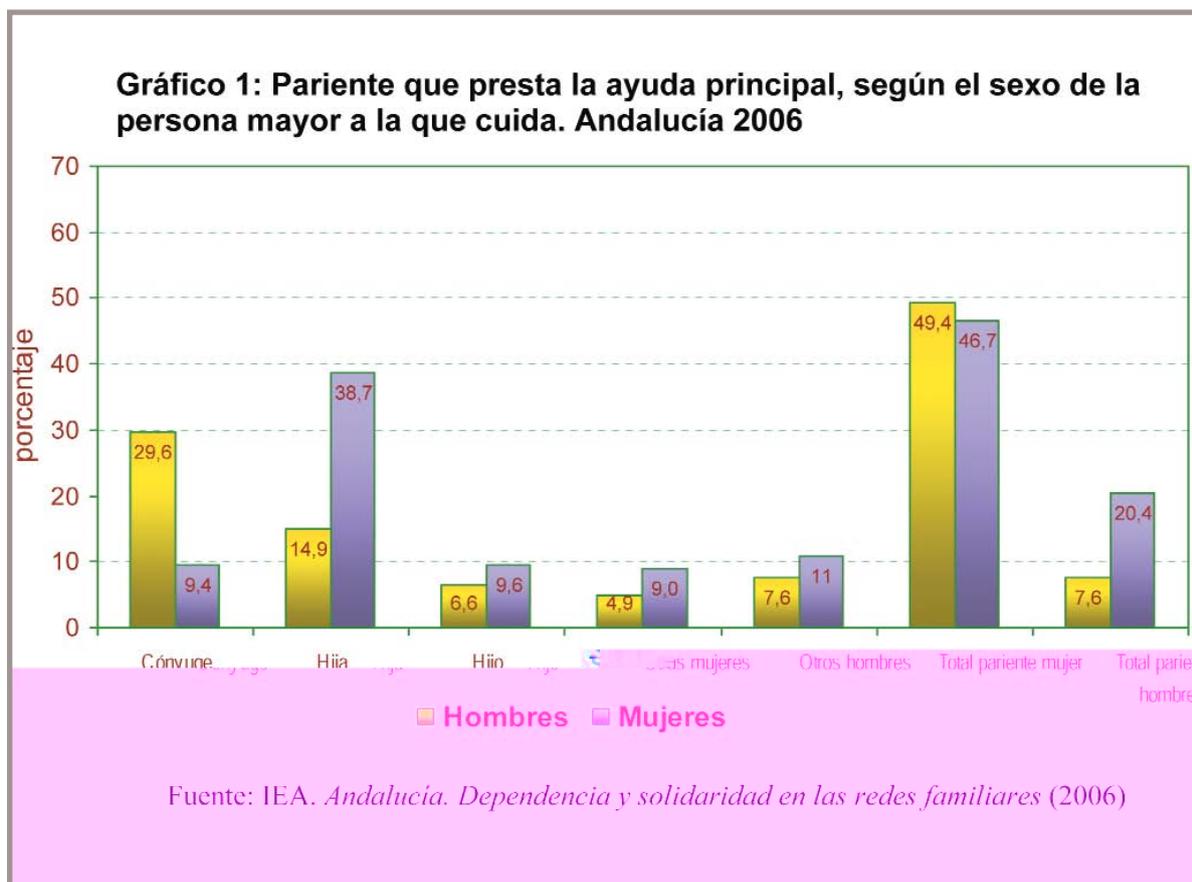
*Profesora de la Escuela Andaluza  
de Salud Pública*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

**Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género**

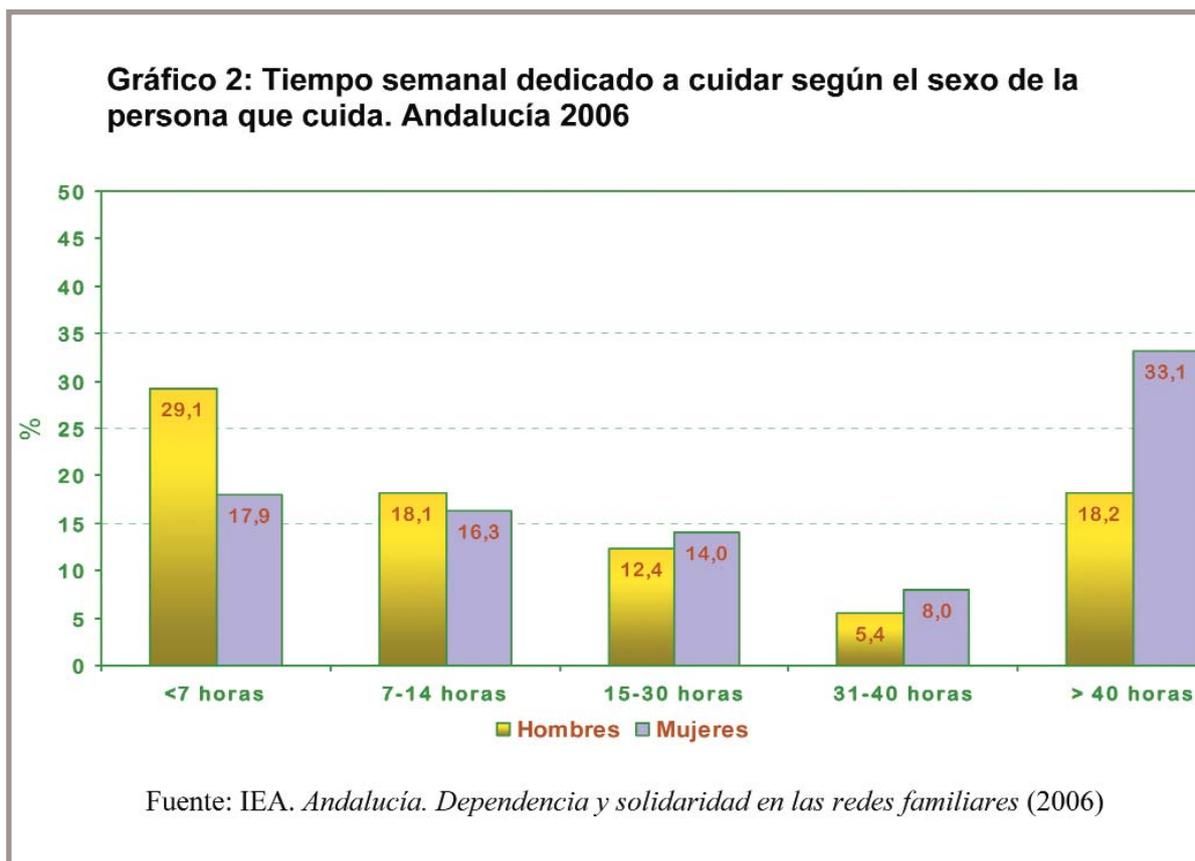
## El cuidado de las personas en situación de dependencia evidencia desigualdades de género

La dependencia es mujer y mayor. Así lo muestra un reciente estudio del Instituto de Estadística de Andalucía, que cifra en 680000 la cantidad de personas que necesitan ayuda para desarrollar algún aspecto de la vida cotidiana y habitual en nuestra comunidad, de las cuales 430.000 son mujeres y más de la mitad mayores de 65 años<sup>1</sup>. No sólo la población que necesita ayuda está fuertemente feminizada, también lo está la población que la presta. En ese mismo estudio, se mostraba que el 87 % de las personas que necesitan ayuda la reciben de sus familiares, y que son las mujeres de la familia –esposas e hijas sobre todo– las que asumen mayoritariamente esta responsabilidad (gráfico 1). El perfil de las personas que cuidan a mayores dependientes en Andalucía es el de una mujer de la familia, con una media de edad de 57 años, que nunca ha tenido trabajo remunerado, sin estudios o con sólo estudios primarios<sup>2</sup>. Estas mujeres llevan más de



diez años cuidando en la mayoría de los casos, y lo hacen de manera continua y permanente. Además de hacerse cargo de la persona mayor dependiente, cuidan con frecuencia a otros familiares, y en numerosas ocasiones no cuentan con ninguna ayuda para cuidar.

Las diferencias sexuales en el cuidado informal no sólo se manifiestan en la *responsabilidad de cuidar*, sino también en el tipo de cuidados que se realizan. Las mujeres prestan con mayor frecuencia aquellos tipos de cuidados personales y cotidianos (aseo diario, ayuda para vestirse y comer, preparar la comida o realizar tareas domésticas) de naturaleza muy demandante, mientras que los varones se centran en las actividades que tienen que ver con gestiones o ayuda para salir de casa. Y estas desigualdades en el *trabajo de cuidar* también se evidencian en diferencias de dedicación en tiempo de mujeres y varones cuidadores (gráfico 2).



Asimismo, el *impacto de cuidar* afecta de manera diferente a mujeres y a hombres que cuidan. Las mujeres experimentan un mayor impacto sobre el uso y disponibilidad del tiempo, sobre sus relaciones sociales y familiares y sobre su situación laboral. Igualmente, el impacto negativo de cuidar sobre la salud se percibe con doble frecuencia entre las mujeres. El tipo de tareas de cuidado que realizan, la multiplicidad de roles, la escasa disponibilidad de ayuda y la jornada de “24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año” que supone atender a una persona dependiente, constituyen sin duda factores de riesgo para la propia salud de las personas que cuidan<sup>3</sup>.



Si entendemos por género aquella construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual, vemos que las desigualdades de género surgen cuando las diferencias sexuales se transforman en discriminaciones. Desde este marco, podemos asumir, con Pat Armstrong, que el cuidado puede ser entendido como un *trabajo de mujeres* solamente en un contexto de desigualdad en las relaciones, estructuras y procesos que ayuda a crear a las mujeres como cuidadoras y a infravalorar el trabajo de cuidar<sup>5</sup>.

La investigadora canadiense Marika Morris<sup>6</sup> expresa muy bien cómo el cuidado informal se convierte en una evidencia de la desigualdad de género en nuestras sociedades:

*"Las mujeres, empujadas al cuidado por la división sexual del trabajo (que genera normas sociales que indican que son ellas las que deben cuidar), han de desarrollar estrategias para manejar las múltiples presiones de su vida personal, responsabilidades familiares y domésticas, y su vida social y profesional, en un contexto inflexible de servicios públicos y privados".*

Si, como hemos visto, el cuidado de las personas en situación de dependencia es hoy por hoy un *trabajo de mujeres* y se trata de un fenómeno fuertemente generizado, las políticas y medidas de atención a personas en situación de dependencia tendrán especial repercusión sobre las mujeres. En esta ponencia pretendo analizar cómo se contempla el cuidado informal en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, aproximándome a su formulación desde un enfoque de género.

## El desequilibrio entre el cuidado informal y los servicios formales de atención a la dependencia afecta más a las mujeres

La equidad de género se refiere a la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres<sup>7</sup>. Se trata de un concepto que va más allá del examen de la situación de ventaja o desventaja de las mujeres o los hombres, y analiza, como bien define Amartya Sen, el contraste entre los esfuerzos y sacrificios hechos por mujeres y hombres y las compensaciones y beneficios que unas y otros obtienen<sup>8</sup>. Desde esta perspectiva deberíamos preguntarnos cuál es la contribución de las mujeres al cuidado de las personas en situación de dependencia y cuáles son los beneficios que obtienen a cambio. O, en términos más globales, ¿cuál es la aportación de las personas cuidadoras, en su mayoría mujeres, a la atención de personas con dependencia y cuál es la contribución del sistema formal a este cuidado?

En Estados Unidos se cifra en más de 28 millones el número de personas cuidadoras, que prestan más de 30.000 millones de horas de cuidado al año. Esta contribución, traducida a valor de mercado, supone más de 300.000 millones de dólares anuales<sup>9</sup>. En España no disponemos de estudios que aporten estimaciones de esta naturaleza, pero sí conocemos cuál es la contribución de los servicios formales de ayuda para el cuidado. Según los datos publicados en el libro blanco de la



dependencia, menos del 14% de las personas cuidadoras de mayores dependientes recibían alguna ayuda formal para cuidar en nuestro país<sup>10</sup>.

Este desigual reparto de la contribución al cuidado de las personas en situación de dependencia entre el sistema informal y los servicios formales afecta en mayor medida a las mujeres. No hay que olvidar los cuidadores y cuidadoras no son simplemente recursos cuyas características deben ser analizadas y comprendidas por los servicios formales, son, en palabras de Julia Twigg, “una categoría social hacia la cual el sistema formal tiene obligaciones y requerimientos en términos de formulación de políticas de bienestar”<sup>11</sup>.

Cómo analizar, pues, desde un enfoque de género, las políticas de atención a personas que cuidan. Marika Morris<sup>6</sup> propone plantear las siguientes cuestiones para identificar la sensibilidad de género de cualquier medida legislativa o política de atención a personas que necesitan cuidados:

- ¿Es el cuidado voluntario? ¿Y su recepción?
- ¿Puede compartirse el cuidado equitativamente entre hombres y mujeres?
- ¿Se reconocen los diferentes intereses que necesitan ser balanceados en el cuidado?
- ¿Se definen las necesidades de forma que algunos grupos quedan excluidos y otros resultan privilegiados o estigmatizados?
- ¿Cuáles son las consecuencias a largo plazo?
- ¿Se reconocen las contribuciones de los beneficiarios de los cuidados y se valoran las habilidades requeridas para prestar cuidados?
- ¿Son los modelos actuales constructos de la política o la política refleja las verdaderas preferencias y prácticas?

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<sup>5</sup>.

## Las intervenciones sobre el cuidado informal se pueden evaluar desde el enfoque de género

El propósito del análisis de género es desarrollar políticas adecuadas y basadas en evidencias, fundamentadas en un panorama completo de cómo mujeres y hombres se ven afectados<sup>6</sup>. Es importante que las políticas produzcan los resultados esperados por mujeres y hombres y reduzcan, y no aumenten, las desigualdades existentes. Esta metodología nos permite, por ejemplo, analizar cualquier intervención según su grado de integración de la equidad de género. Las intervenciones pueden ser así evaluadas y situadas en un gradiente, que va desde aquellas que son *negativas* para la equidad de género (por ejemplo, las que se basan en normas, roles y estereotipos que refuerzan las desigualdades de género), hasta las que son *transformadoras* de las relaciones de desigualdad<sup>12</sup>.



Un elemento esencial en el análisis de género es la valoración del tipo de necesidades a las que la intervención pretende dar respuesta y de su carácter práctico o estratégico. Las necesidades prácticas son de tipo inmediato y surgen a partir de las responsabilidades cotidianas. Están enfocadas a mejorar el bienestar de mujeres y hombres desde sus roles socialmente aceptados. En cambio, las necesidades estratégicas las experimentan mujeres y hombres desde una posición de desigualdad y están relacionadas con la redistribución de roles, responsabilidades y poder entre hombres y mujeres. En el caso del cuidado informal, la necesidad de apoyos y recursos para el cuidado sería un ejemplo de tipo práctico, mientras que el cuestionamiento de la obligación social de cuidar, atribuida a las mujeres en virtud de la división sexual del trabajo, sería un ejemplo de necesidad de tipo estratégico.

De manera similar, el análisis de género define abordajes de tipo práctico o de tipo estratégico. Los primeros responden a necesidades fácilmente identificables y a corto plazo, proporcionando bienes y servicios, pero sin alterar roles, estereotipos ni relaciones de género. Los abordajes estratégicos, en cambio, se basan en el largo plazo y responden a necesidades no siempre fáciles de detectar. Utilizan procesos de empoderamiento con el propósito de mejorar el equilibrio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres (cuadro 1).

**Cuadro 1: El análisis de género de los abordajes**

ABORDAJES PRÁCTICOS	ABORDAJES ESTRATÉGICOS
Responde al corto plazo	Estrategia de largo plazo
Necesidades fácilmente identificables	Necesidades no fácilmente identificables
Requerimientos biológicos y condiciones específicas	Focaliza desigualdades en relaciones de poder
Proporciona bienes y servicios	Focaliza intervenciones en procesos de empoderamiento
Hombres/mujeres como sujetos pasivos	Involucra a las personas como participantes activas
Mejora condición	Mejora posición
No altera roles y relaciones de género	Mejora equilibrio en relaciones de poder



Utilizando estas herramientas podemos hacer una lectura, desde el análisis de género, de la Ley de Promoción de Autonomía Personal (ley 39/2006), centrandó la atención en el tratamiento que se le da al cuidado informal. Algunas de las cuestiones a plantear podrían ser las siguientes:

- ¿Qué aportaciones hace la ley sobre el cuidado informal?
- ¿Qué ausencias se identifican en el tratamiento del cuidado informal?
- ¿A qué modelos de cuidado informal corresponden las propuestas?
- ¿Cómo se contempla en la ley la inclusión de la perspectiva de género en los cuidados?
- ¿Qué consecuencias (positivas o negativas) podría tener sobre la calidad de vida de las personas que cuidan? ¿Y sobre la equidad de género en el cuidado?

## Un análisis de género de la ley 39/2006: Aportaciones y ausencias

Lo primero que hay que resaltar es el gran avance que supone la propia existencia de esta ley para las personas en situación de dependencia y también para aquellas que las cuidan. En este análisis me voy a centrar sólo en aquellos aspectos del texto de la ley que tienen que ver con el cuidado informal y desde el enfoque de género. No voy a analizar todos aquellos aspectos que se refieren a la equidad de género en el tratamiento que hace la ley de las propias personas en situación de dependencia o de los servicios y prestaciones que a ellas se dirigen. Tampoco se analizan los aspectos de funcionamiento real y práctico de las medidas contempladas en la ley, sólo me voy a centrar en un análisis textual de su formulación. A modo de resumen, en el cuadro 2 se sintetizan las principales aportaciones que contempla el texto de la ley en relación al cuidado informal, así como las ausencias que desde un enfoque de género se pueden identificar.

Una primera aportación, muy importante, es el reconocimiento que se hace en la formulación de la ley de la contribución de las mujeres al cuidado de las personas en situación de dependencia en nuestro contexto. Sin embargo, el texto tiende a atribuir la actual problemática de la atención de estas personas a cambios en los modelos familiares y a la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo remunerado. Este planteamiento entraña un cierto sesgo androcéntrico de *culpabilización de las víctimas*<sup>13</sup> al responsabilizar a las mujeres que abandonan el *sistema tradicional* de atención.

La ley plantea la participación de las *familias* de las personas en situación de dependencia en los órganos consultivos del nuevo sistema de atención a la dependencia. En cambio, cuando se definen cuáles son estos órganos, no se contempla de hecho la participación de organizaciones de personas cuidadoras ni de mujeres en su composición. Este aspecto es esencial, ya que la participación efectiva es uno de los elementos fundamentales de las intervenciones sensibles al género, que trabajan con el empoderamiento como estrategia de cambio principal.

Otra de las contribuciones fundamentales de la ley es que plantea como su objeto el derecho subjetivo la atención en situación de dependencia. En cambio no se contempla a las personas



## Cuadro 2: Análisis de género del tratamiento del cuidado informal en la Ley 39/2006.

### Análisis de la Ley 39/2006 Aportaciones y Ausencias

Se reconoce la contribución de las mujeres al cuidado:

"Hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el apoyo informal"

Se tiende a atribuir a los cambios en la vida de las mujeres la actual problemática de atención a personas dependientes.

"Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo, introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención..."

### Análisis de la Ley 39/2006 Aportaciones y Ausencias

Se plantea la participación de las "familias" en los órganos consultivos del SAAD:

"El sistema garantizará la participación de las entidades que representan a las personas en situación de dependencia y sus familias en sus órganos consultivos"

No se contempla, de hecho, la participación de las personas cuidadoras ni de las organizaciones de mujeres en los órganos consultivos:

- Serán órganos consultivos:
- Comité consultivo
  - Consejo estatal de personas mayores
  - Consejo nacional de discapacidad
  - Consejo estatal de ONGs

## Análisis de la Ley 39/2006 Aportaciones y Ausencias

Se incluye la perspectiva de género como principio de la ley:

"La inclusión de la perspectiva de género teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres"

Se incluye un informe de impacto de género en la evaluación de resultados a tres años

No se contempla específicamente a las personas cuidadoras en este enfoque

Se utiliza sistemáticamente el término "cuidadores no profesionales"

No se especifican como "datos esenciales" del SAAD los relativos a desigualdades de género"

CONSEJERÍA DE SALUD

## Análisis de la Ley 39/2006 Aportaciones y Ausencias

Se plantea como objeto de la ley el derecho subjetivo a la atención en situación de dependencia

Se definen los cuidados no profesionales

No se contempla a las personas cuidadoras como titulares de derechos

Se utiliza un concepto restrictivo de cuidado informal:

" La atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio por personas de la familia o el entorno..."

CONSEJERÍA DE SALUD

# Análisis de la Ley 39/2006 Aportaciones y Ausencias

Se incluye una prestación económica para el cuidado:

"El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales"

Art.18: Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores

La prestación tiene carácter "excepcional"

La cuantía de la prestación se ha fijado en un máximo de 487 euros, para grandes dependientes (grado III, nivel 2) en 2007.

No se contemplan otro tipo de prestaciones económicas para las personas que cuidan

Se requerirá alta y cotización a la seguridad social

## de la Ley 39/2006 Aportaciones y Ausencias

La base mensual de cotización es el tope mínimo establecido por la SS

Afecta a las personas que cuidan con el carácter de "excepcionalidad" aplicable a la prestación económica para el cuidado

## Análisis Aportaciones y Ausencias

Se prevee la reglamentación de la prestación económica para los cuidadores no profesionales

Real Decreto 615/2007 de 11 de mayo por el que se regula la prestación económica para el cuidado de los cuidadores de personas en situación de dependencia

Podrán asumir esta carga el cónyuge y parientes hasta el grado de consanguinidad de primer grado

Se incluyen en el Régimen de la Seguridad Social

## Análisis de la Ley 39/2006 Aportaciones y Ausencias

Se promueven medidas de apoyo a los cuidadores no profesionales:

“El Consejo Territorial (...) promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de **formación, información,**

Las medidas de apoyo “se promoverán”, no se garantizarán

El tipo de medidas propuestas se corresponde con un modelo de “cuidador-recurso”, y tímidamente con el de “cuidador-cliente”



cuidadoras como titulares de derechos. La ley sí define los *cuidados no profesionales*, si bien utiliza un concepto restrictivo al ámbito de la atención prestada a personas en situación de dependencia *en su domicilio* por personas de la familia o el entorno.

La ley incluye la perspectiva de género como uno de sus principios, y reconoce las diferentes necesidades de mujeres y hombres. Igualmente, se contempla la realización de un informe de impacto de género como preceptivo en la evaluación de la ley tras sus tres primeros años de funcionamiento. Es llamativo, sin embargo, el uso sistemático del masculino genérico cuando se cita a los *cuidadores no profesionales*, o que no se haga alusión a las personas que cuidan cuando se habla de la perspectiva de género en la ley. Pero es el nivel operativo donde se detectan las ausencias más destacables, como la falta de indicadores relativos a las desigualdades de género cuando se especifican los *datos esenciales* a incluir en el sistema de información del SAAD. Y este aspecto es de especial importancia porque sin datos que permitan monitorizar las desigualdades de género en la atención a las personas en situación de dependencia no será posible evaluar el impacto de género de la ley y su desarrollo.

Tal vez el aspecto más controvertido de la ley en lo que se refiere al cuidado informal es que, por primera vez en nuestro país, una normativa de rango superior incluye una prestación económica para el cuidado, para la cual se requerirá alta y cotización a la seguridad social. Si bien, esta prestación se define como de *carácter excepcional*, y su cuantía se ha fijado por debajo del salario mínimo para los casos de grandes dependientes. No se contemplan otro tipo de prestaciones económicas para las personas que cuidan, como las que ya existen en otros países de nuestro entorno <sup>14</sup> (cuadro 3).

Medidas de apoyo al cuidado informal en países de la OECD	
Derecho de las personas cuidadoras a obtener una evaluación de sus necesidades de servicios, además de los servicios para las personas a las que cuidan	Reino Unido
Servicios de respiro para personas que cuidan	Alemania, Australia, Noruega, Reino Unido, Suecia...
Créditos para mantener el derecho a pensiones de las personas que tienen que dejar el empleo para cuidar	Alemania, Reino Unido
Pago a personas cuidadoras para compensar la pérdida de ingresos por empleo debido al cuidado*	Australia, Canadá, Irlanda, Japón, Suecia, Reino Unido
Pago a personas cuidadoras por cuidar*	Alemania, Austria, Holanda, Luxemburgo, Noruega, Suecia, Reino Unido, USA
Servicios de atención en domicilio	Canadá, España...

Fuente: OECD. Long-term care for older people. 2005

\* Muy diversa cuantía

Salud Pública CONSEJERÍA DE SALUD

La evaluación del impacto de este tipo de medidas sobre las desigualdades de género ya existentes en el cuidado informal deberá ser cuidadosamente analizada. Si bien sabemos que son las mujeres, más las pobres y sin empleo, las que asumen con mayor frecuencia el cuidado de sus familiares dependientes<sup>15</sup>, y que los costes económicos de cuidar son considerables, la compensación económica a las personas cuidadoras puede tener valor práctico, pero consecuencias indeseables de tipo estratégico. Y este riesgo es aún mayor en un contexto de escasez de servicios formales para la atención a las personas en situación de dependencia. No es difícil suponer que una (insuficiente) prestación económica a las personas (mujeres) que cuidan pueda ser utilizada como sustitución de la (escasa) provisión de servicios formales de atención, en cantidad suficiente y con la calidad necesaria.

La ley también contempla otras medidas de apoyo a las personas que cuidan, tales como *programas de formación, información y medidas para atender períodos de descanso*, si bien estas medidas se promoverán, pero no se garantizarán. Este tipo de medidas, importantes para solucionar numerosas necesidades de tipo práctico para el cuidado, responden más bien al modelo de *cuidador-recurso* definido en la literatura<sup>14</sup>, en el que el bienestar de la persona que cuida se aborda como un medio para maximizar la cantidad y calidad del cuidado que presta. No se incorporan en la ley, sin embargo, otro tipo de medidas dirigidas a resolver la desigualdad de género y el problema de equidad existente en el cuidado a las personas en situación de dependencia. Desde la perspectiva del análisis de género, podríamos calificar las medidas propuestas en la ley como más propias de un abordaje de tipo práctico que estratégico, en relación al cuidado informal.

Finalmente, en el catálogo de servicios definido en la ley, se contempla una amplia variedad de servicios dirigidos a promover la autonomía y el cuidado de las personas en situación de dependencia, hecho que supone un gran avance para el desarrollo de un adecuado sistema de atención. Concretamente, en la definición de los servicios de centros de día y de noche y residenciales se alude a la atención al descanso de las personas que cuidan. Sin embargo, no se define la obligatoriedad de hacer una valoración de las necesidades de las personas que cuidan, como parte del sistema de valoración de la situación de las personas con dependencia. Tampoco se establecen ni se garantizan servicios específicamente dirigidos a las personas que cuidan.

En síntesis se podría concluir que, si bien en el nivel simbólico la ley incorpora el enfoque de género como principio rector, en el nivel operativo se detectan importantes carencias, al menos en el tratamiento del cuidado informal. Este hecho debe alertarnos acerca de la necesidad de evaluar el impacto de la ley y su desarrollo en términos de equidad de género. Algunas cuestiones a plantear y evaluar podrían ser las siguientes:

- ¿Se beneficiarán de manera equitativa (es decir, balanceando contribuciones y beneficios equivalentes) las mujeres y los hombres cuidadores de las medidas propuestas por la ley?
- El hecho de que cuidar sea un fenómeno naturalizado como *propio de mujeres* en virtud de los roles de género, ¿profundizará las desigualdades entre mujeres y hombres



## Cuadro 4: Sugerencias para reducir la desigualdad de género en el cuidado informal

- Elaboración de una política integral de atención al cuidado informal y a las personas que cuidan
- Oferta de servicios públicos de atención a las situaciones de dependencia suficiente y de calidad
- Medidas con el fin de fomento de la implicación de los varones en el cuidado
  - Medidas de acción positiva para potenciar la salida de las mujeres del ámbito doméstico
  - Formación de profesionales de la salud en género y equidad e inclusión de medidas para eliminar desigualdades de género en el cuidado en los protocolos de atención sanitaria



en la demanda, utilización y provisión de las prestaciones y servicios contemplados en la ley?

– ¿Se producirá un *sesgo de género en la atención social*, al igual que existe un sesgo de género en la atención sanitaria, que repercuta negativamente en las mujeres que cuidan?

– ¿Cuáles serán las repercusiones en desigualdad de género de las limitaciones de recursos y el tipo de financiación (por ejemplo, el régimen de co-pago) del SAAD? Este sistema, ¿mantendrá el *impuesto de reproducción* que recae sobre las mujeres, en especial cuando hay recortes sociales públicos?

– ¿Qué implicaciones en equidad de género tendrá el tipo de necesidades a las que atiende el SAAD? (abordaje práctico versus estratégico).

– El modelo de cuidados propuesto, ¿contribuye a eliminar las desigualdades de género en el cuidado?

En cuanto al impacto en salud de las personas que cuidan, cabe preguntarse cuál sería el modelo de atención a la dependencia *más saludable*. Como propone Soledad Murillo <sup>15</sup>, un adecuado plante-



- Promover, desde las administraciones públicas, nuevas formas de relación familiar más igualitarias (evitar el familismo)
- Consolidar derechos individuales de las personas cuidadoras, no subrogados a los derechos de las personas a las que cuidan
- Sistema de atención a la dependencia que apueste por la superación del cuidado informal a medio plazo
- Promoción del derecho a cuidar y a no cuidar (vs obligación)
- Evaluación desde la perspectiva de género de las medidas que desarrollen las políticas de atención a las personas en situación de dependencia y a las personas cuidadoras

amiento de intervención sobre la salud de las personas que cuidan *“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”.*

Para finalizar, en el cuadro 4 se proponen algunas sugerencias para eliminar, o al menos reducir, las desigualdades de género en el cuidado informal<sup>18</sup>. En términos de equidad de género, un modelo basado en la *superación del cuidado informal*, más que los modelos basados en la persona cuidadora como recurso o como cliente de los servicios formales, sería probablemente el más adecuado. Y este modelo pasaría por un sistema de atención a las personas en situación de dependencia público, gratuito y universal. Una forma eficaz de liberar masivamente a las mujeres de la obligación moral de cuidar es la promoción y consolidación del derecho a no cuidar y del deber público de asumir esta responsabilidad social.

Me gustaría concluir con unas palabras de Soledad Murillo, que expresan muy bien la necesidad de abordar el cuidado informal desde un enfoque de género estratégico:

*“Si el cuidado carece de suficiente valoración y reconocimiento (...) nuestra responsabilidad (...) debería mantener entre sus objetivos incidir en su inexcusable reparto intrafamiliar e institucional, rechazando cualquier atribución en términos de género que enmascare una explotación inaceptable en nuestras democracias desarrolladas”.*

Seamos conscientes de que, de lo contrario, corremos el serio riesgo de que este *cuarto pilar del estado de bienestar* continúe recayendo sobre los hombros de las mujeres.



## Referencias Bibliográficas

1. Instituto de Estadística de Andalucía. Dependencia y solidaridad en las redes familiares. Sevilla: IEA, 2006.
2. GONZALO, Elena y cols. *Informe de la encuesta a cuidadores informales. Estudio de Condiciones de vida de las personas mayores en Andalucía* (documento no publicado). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública y Fundación Andaluza de Servicios Sociales, 2003.
3. GARCÍA CALVENTE, Mar; MATEO RODRÍGUEZ, Inmaculada; GUTIÉRREZ CUADRA, Pilar. *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: EASP, 1999.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Equidad de Género en Salud*. Washington: OPS, 2002.
5. Armstrong Pat, Armstrong Hugh. Thinking it through: *Women, work and caring in the New Millennium*. Documento electrónico 2001. Disponible en: <http://www.healthyb.dal.ca/thinking.pdf>.
6. MORRIS, Marika. *Gender-sensitive home and community care and care giving research: A synthesis paper. Final report*. National Coordinating Group on Health Care Reform and Women, Health Canada. Documento electrónico 2001. Disponible en: <http://www.cwh-cesf.ca/healthreform/publications/summary/synthesis.html>.
7. World Health Organization. Gender and health: technical paper. Geneva: WHO, 1998.
8. Sudhir Anand, Sen Amartya. *Gender inequality in human development*. New York: Human Development Report Office, 1995.
9. National Family Caregivers Association and Family Caregiver Alliance. Prevalence, hours and economic value of family caregiving, Updated state-by-state analysis of 2004 national estimates by Peter S. Alno. Kensington, MD: NFCA and San Francisco, CA: FCA, 2006.
10. *IMSERSO. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005.
11. TWIGG, Julia. "Cuidadores de los ancianos: modelos para un análisis". En JAMIENSON A, ILLSLEY R. *Comparación de Política Europea de Atención a las Personas Ancianas*. Barcelona: SG. Editores (Fundación Caja de Madrid), 1993: 35-51.
12. INSTRAW. *Glosario de Género*. Disponible en <http://www.instraw.org>.
13. GARCÍA-CALVENTE, Mar; LA PARRA CASADO, Daniel. "La investigación sobre cuidados informales de salud desde una perspectiva de género". En BORRELL, Carme y ARTAZCOZ, Lucía (coord). *5ª Monografía SEE: Investigación en género y salud*. Cataluña: Sociedad Española de Epidemiología, 2007, p. 97-118.
14. OECD. The OECD Health Project. Long-term care for older people. Paris: OECD Publishing, 2005.
15. LA PARRA, Daniel. "Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales". *Gac Sanit* 2001, 15 (6): 498-205.
16. TWIGG, Julia; ATKIN, K. Carers in the service system. En: TWIGG J, ATKIN K. *Carers Perceived. Policy and Practice in Informal Care*. Philadelphia: Open University Press. 1994.
17. MURILLO, Soledad. "Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres". *SHARE 2003 Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. Emakunde, 2003.
18. GARCÍA CALVENTE, Mar; CASTAÑO Esther y cols. *Análisis de género de políticas, programas e intervenciones sobre cuidadoras y cuidadores informales en España*. Informe para el Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo (no publicado). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006.



## Envejecimiento Activo

Francisca Muñoz Cobos

*Médica de familia*

*del Centro de Salud de El Palo.*

*Málaga*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

### Concepto

El término Envejecimiento Activo fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 para extender la idea de Envejecimiento saludable<sup>1</sup>.

En 2002, en el marco de la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento<sup>2</sup> se define el concepto de Envejecimiento Activo como *“el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”*.

### Características

- Se aplica a personas y grupos de población.
- Es universal, no afecta sólo a personas que cumplan determinados requisitos o características: permite desarrollar el potencial óptimo de bienestar físico, psíquico y social según sus necesidades y capacidades (incluye personas frágiles, discapacitadas y dependientes).
- El término *activo* hace referencia no sólo a la actividad física u ocupacional sino que incluye la participación social, económica, cultural y cívica.
- Incluye el contexto físico y social: redes de apoyo, relaciones intergeneracionales/urbanismo, barreras arquitectónicas.
- Sustituye una planificación estratégica basada en necesidades (consideración pasiva de las personas) por otra fundamentada en derechos ya que se cimienta en los derechos humanos y los principios de las Naciones Unidas: independencia, participación, dignidad, igualdad de oportunidades y asistencia.
- Considera la diversidad: la heterogeneidad aumenta a medida que se avanza en el ciclo vital.
- Se orienta a la participación activa: tiene en cuenta las expectativas de las personas mayores con respecto a la situación. (Estudio mediante grupos focales de las expectativas de los mayores en situación de dependencia; La visión de los mayores: grupos focales sobre visión envejecimiento<sup>3</sup>)

## Determinantes

Recogemos a continuación los factores acerca de los que existe evidencia empírica (no causal) de ser buenos predictores de la bondad del envejecimiento tanto en personas como en poblaciones<sup>2</sup>:

Determinantes transversales	Cultura Género
Determinantes relacionados con los sistemas de salud y sociales	Promoción de salud y prevención de enfermedades. Servicios asistenciales. Asistencia de larga duración. Servicios de salud mental.
Determinantes conductuales	Tabaquismo. Actividad física <sup>4</sup> . Alimentación sana: – Alcohol. – Salud bucal. – Medicamentos. – Cumplimiento terapéutico.
Determinantes relacionados con factores personales	Biología y genética. Factores psicológicos.
Determinantes relacionados con el entorno	Físico: – Entornos físicos. – Seguridad de la vivienda. – Caídas. – Agua y aire sanos.  Social: – Apoyo social. – Violencia y abuso. – Educación y alfabetización.
Determinantes económicos:	Los ingresos. La protección social. El trabajo.



## El género como determinante transversal

- Demográfico: la ancianidad es mayoritariamente femenina (72 varones por cada 100 mujeres) y las mujeres alcanzan mayor edad (expectativa de vida después de los 65=18 años).
- El estado de salud de las mujeres ancianas es peor que el de los hombres: existen mayores tasas de discapacidad<sup>4</sup> (66% de mujeres mayores de 65 años tiene algún grado de dependencia) y se da un mayor impacto de las enfermedades en las mujeres por *otras* desigualdades vinculadas al género ya que la dependencia y la discapacidad se relacionan con las bajas pensiones, menores niveles educacionales y clase social desfavorecida<sup>5</sup>:
  - Más mujeres viven solas (26% mujeres frente 11% varones).
  - El nivel de instrucción es menor en las mujeres ancianas.
  - Los ingresos económicos son significativamente inferiores en base a la dependencia de pensiones mayoritariamente no contributivas (pensiones de viudedad) (pensión media de mujeres 515 € frente a 1190 en varones).
  - Más mujeres ancianas en el medio rural con dedicación previa a actividades especialmente duras (trabajo del campo y economía sumergida) y actual aislamiento y desprotección).
  - Menor cultura de participación social de las mujeres a todos los niveles.
  - Peor percepción de la salud y la calidad de vida en las mujeres mayores<sup>6</sup>.
  - Mayor consumo de medicamentos<sup>7</sup>.
- Las mujeres ancianas siguen siendo cuidadoras en el ámbito doméstico. El paso a la ancianidad no rompe el modelo varón= consumidor de cuidados, mujer=prestadora de cuidados. Las mujeres ancianas cuidan de sus maridos o hijos adultos con problemas de salud.<sup>8</sup> Si ellas enferman las cuidan fundamentalmente sus hijas o nueras o, en su defecto, familiares mujeres (hermanas, sobrinas).
- Las expectativas de las mujeres respecto a la ancianidad son peores que las de los varones. Las expectativas de la familia y la sociedad también.
- Existe un sesgo de género en las intervenciones sanitarias de especial repercusión en las mujeres ancianas: son sometidas a menos procedimientos preventivos y curativos, se les brinda menos información respecto a sus enfermedades y pronóstico<sup>9</sup>.



## Medidas para avanzar hacia el envejecimiento activo

La OMS propone la política de Envejecimiento Activo en base a sus tres pilares fundamentales: salud, participación y seguridad, definiendo las líneas de actuación en cada apartado.

Desarrollamos las relacionadas con la salud y hacemos mención a los principales apartados de participación y seguridad en los que podemos intervenir con el objetivo de prevención de la dependencia.

### 1. Salud:

1.1 Prevenir y reducir el exceso de discapacidad, enfermedades crónicas y mortalidad prematura. Destacamos la importancia de crear entornos Seguros, respetuosos con los ancianos: Proyecto *“Urbanismo para los mayores”* en el proyecto Ciudades Saludables: adaptación de las ciudades y pueblos a las características de las personas mayores.

1.2 Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el ciclo vital, con especial relevancia de las actividades preventivas y de promoción de salud, con especial relevancia del fomento de la actividad física (mayor sedentarismo en las mujeres) fundamentada en directrices de la OMS<sup>10</sup> y de la atención a los factores psicológicos (Ejemplo: Proyecto *“Madurez Vital”*<sup>11</sup>)

1.3 Desarrollar una continuidad de servicios de salud y sociales asequible, accesible, de gran calidad y respetuoso con la edad que trate las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida en que van envejeciendo, fomentando el acceso igual y asequible (Ejemplo proyecto *“Centros sanitarios amigos de los mayores”*).

### 2. Participación

2.1 Promocionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital. Propuestas educativas que superen la mera alfabetización: nuevas tecnologías, educación intergeneracional, educación ciudadana, educación para el envejecimiento activo, educación para el liderazgo...<sup>12</sup>. Escuelas de Envejecimiento activo. En los centros de salud, centros de mayores, asociaciones de mayores.

2.2 Reconocer y permitir la participación activa de las personas en las actividades de desarrollo económico, el trabajo formal e informal y las actividades de voluntariado a medida que envejecen, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales.



Medidas respecto a:

– Trabajo formal:

- Aumentar el empleo de los trabajadores de más edad y retrasar su salida del mercado de trabajo (Documento Unión Europea)<sup>13</sup>.
- Jubilación gradual y flexible/Jubilación forzosa. Fundamentos jurídicos<sup>14</sup>.
- Gestión del “factor edad” en la empresa<sup>15</sup>

– Actividades de voluntariado: conocido el perfil del voluntariado dependiente de la edad y modelo espacial europeo con baja participación en países mediterráneos<sup>16</sup>, promover iniciativas para aumentar la acción voluntaria en los mayores:

2.3 Alentar a las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad a medida que envejecen, bajo la premisa “Una sociedad para todas las edades”. Favorecer una imagen positiva del envejecimiento, programas de dinamización intergeneracional.

Reducir las desigualdades en la participación de las mujeres: establecer medidas de discriminación positiva para favorecer especialmente las intervenciones propuestas entre las mujeres.

Apoyar a las organizaciones que representan a las personas mayores: Redes de organizaciones de adultos mayores (experiencia latinoamericana)<sup>17</sup>

### 3. Seguridad

3.1. Asegurar la protección, la seguridad y la dignidad de las personas mayores abordando los derechos y las necesidades de seguridad social, financiera y física de las personas a medida que envejecen. En especial:

- Emergencias: garantizar la seguridad de los mayores en situación de emergencia facilitando el acceso (teleasistencia), desplazamiento y protección (sanitaria, policial, social).
- Abuso: Protocolo de intervención en violencia doméstica<sup>18</sup>, Intervención específica para la detección y abordaje del Maltrato en ancianos<sup>19</sup>.

REDUCIR LAS DESIGUALDADES de las mujeres respecto al envejecimiento supone:



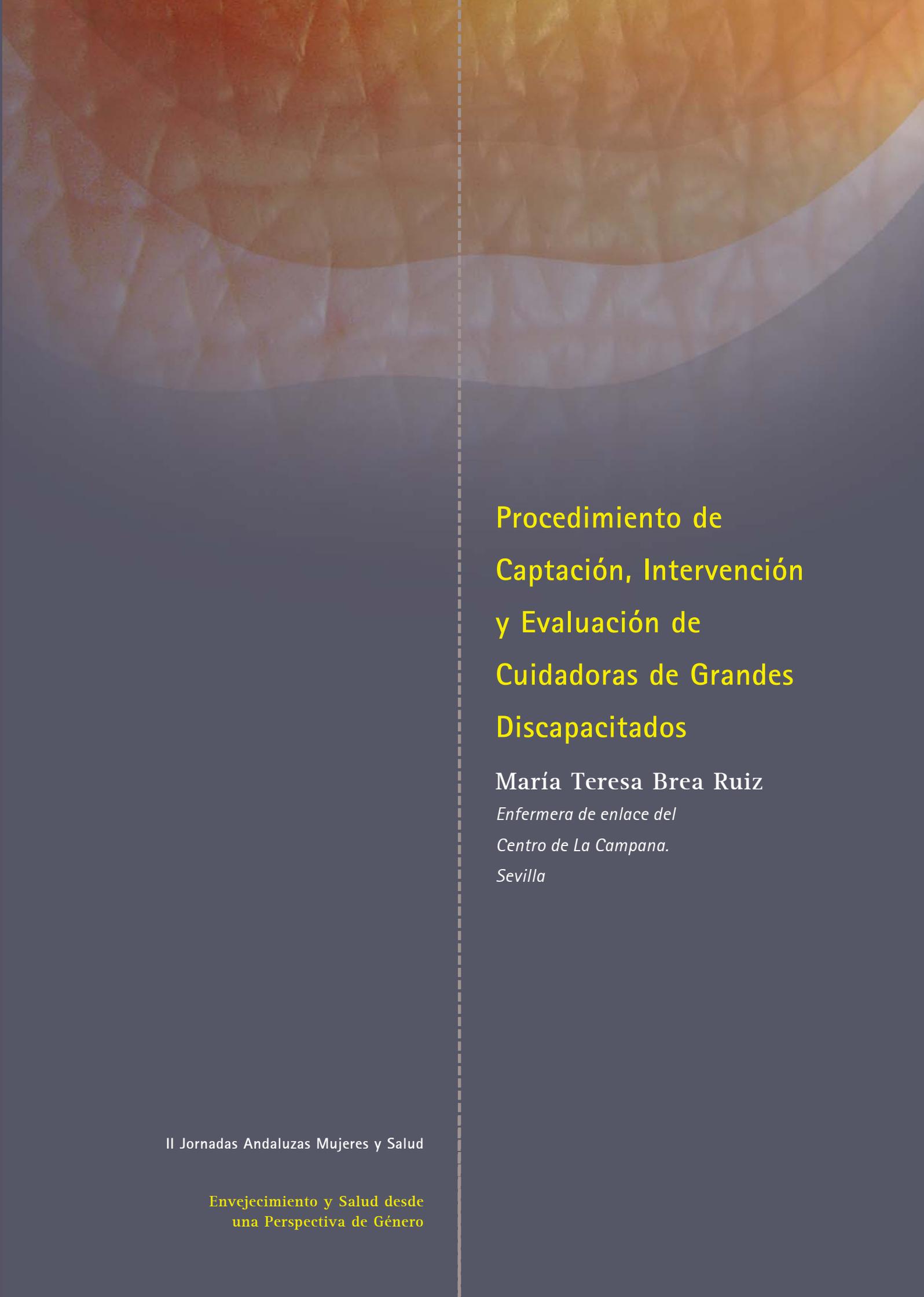
- El desarrollo de intervenciones a largo plazo que generen cambios estructurales sensibles al género y posibiliten la consecución de una igualdad real y global: nivel educacional, ocupación y salarios, cuidados compartidos, cuidados de la salud, participación y actividad.
- Mediar sobre los estereotipos de género y las prácticas sociales sexistas que reproducen las situaciones de desigualdad y discriminación a las que se enfrentan las ancianas actuales y, esperamos que no, las futuras, entre las que nos encontramos.



## Referencias Bibliográficas

1. KALACHE A, KICKBUSCH I. *A global strategy for healthy ageing*. World Health 1997: 4-5.
2. Grupo Orgánico de Enfermedades No transmisibles y Salud Mental. OMS. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S2):74-105.
3. PÉREZ SALANOVA M. *Activando el envejecimiento activo*. Madrid IMSERSO 2003, estudios I+D+I nº 18.
4. EDDES, 1999.
5. DE ANDRÉS-PIZARRO J. "Desigualdades en los Servicios de Protección de la dependencia para personas mayores". *Gac Sanit* 2004;18 (supp 1): 126-31.
6. ASPIAZU M, CRUZ A, VILLAGRASA JR, ABANADES JC, GARCÍA N, ALVEAR F., Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 683-699.
7. LÓPEZ TORRES J, CERDÁ R, FERNÁNDEZ C, REQUENA M, FERNÁNDEZ C, OTERO A. "Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas". *Med Clin (Barc.)* 1997;108 (15):572-576.
8. GARCÍA CALIENTE M, MATEO I, GUTIÉRREZ P. "Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud". *Monografías EASP*, Granada, 1999.
9. CENTENO C, NÚÑEZ JM. "Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patient's responses". *Palliat Med* 1994;8:39-44.
10. OMS (1996): *Normas de Heidelberg para el fomento de la actividad física entre las personas mayores*. OMS. Ginebra.
11. DE LAS HERAS J. "La preparación para la jubilación: proyecto Madurez Vital". *5ª Ponencia VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores*. Madrid, Octubre 2005.
12. SÁNCHEZ M. "La educación de las personas mayores en el marco del envejecimiento activo. Principios y líneas de actuación". Madrid, 2004, *Portal Mayores. Informes* nº 26.
13. Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Aumentar el empleo de los trabajadores de más edad y retrasar su salida del mercado de trabajo. Bruselas 3.3,2004.
14. CHARRO P, SAN MARTÍN C. *La transición de la actividad al retiro: jubilación gradual y flexible y jubilación forzosa*.
15. Spidla V. Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo. La gestión del factor edad en las empresas europeas. XVIII Congreso Internacional EURAG, 2005.
16. Encuesta sobre la Salud, el envejecimiento y la jubilación en Europa (SHARE) 2004. Tomado de Erlinhagen M, Hank K. "Participación de las personas mayores europeas en el trabajo del voluntariado". *Boletín sobre envejecimiento*. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, agosto 2005.
17. ENGLER, T. "Empowering older adults who are organized to search for a new social contract: experiences of the Inter-American Development Bank and Red Tiempos". *Rev Panam Salud Pública*, May/June 2005, vol. 17, no. 5-6, p. 438-443.
18. Instituto Andaluz de la Mujer. "Procedimiento de coordinación para la atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales". *Plan de Actuación del Gobierno andaluz para la erradicación de la violencia contra las mujeres*. Sevilla, 2003.





**Procedimiento de  
Captación, Intervención  
y Evaluación de  
Cuidadoras de Grandes  
Discapacitados**

**María Teresa Brea Ruiz**

*Enfermera de enlace del  
Centro de La Campana.  
Sevilla*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

**Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género**

# Procedimiento de Captación, Intervención y Evaluación de Cuidadoras de Grandes Discapacitados

*María Teresa Brea Ruiz*

Andalucía, al igual que el resto de las regiones y países desarrollados, está sufriendo una serie de cambios sociales y demográficos que están afectando a la organización social de la familia y la comunidad y que por extensión afectan de manera directa al uso de los sistemas sanitarios. Estos son: el aumento de la esperanza de vida, la incorporación de la mujer al mercado laboral y el cambio en las estructuras familiares (más reducidas, más inestables y más sujetas a movilidad).

Todos estos cambios han provocado: cronificación de enfermedades, aumento de personas con incapacidad, aumento de personas ancianas que viven solas y menor disponibilidad de cuidadores familiares, lo que en el ámbito sanitario se ha traducido en un aumento significativo del número de personas con necesidad de cuidados a domicilio, influido este aumento además por un acortamiento de las estancias hospitalarias y una atención más especializada en los domicilios con la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias.

Además de lo descrito anteriormente, no debe olvidarse que el domicilio representa el entorno habitual en el que se ha desarrollado la vida, y el vivir en el mismo, en condiciones adecuadas, está vinculado conceptualmente a la posibilidad de obtener una mejor calidad de vida.

Sin embargo, la sostenibilidad de un sistema de atención domiciliar basada en las familias es complicada a medio y largo plazo por lo que la reorientación de las políticas públicas, como es el caso de la reciente Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, es prioritaria. Sin embargo, el papel de la familia en el cuidado sigue siendo fundamental y todavía en nuestro entorno sigue recayendo mayoritariamente en las mujeres. Un reciente estudio del Instituto de Estadística de Andalucía (Andalucía: Dependencia y solidaridad en las redes familiares) establece que:

Las personas necesitadas de ayuda en Andalucía reciben dicha ayuda en el 86.2% de los casos de la familia. Para el caso de los mayores de 65 años, los cuidados se reciben mayoritariamente de las mujeres de la red familiar. El 29.6% de las esposas cuidan de sus maridos y el 30.2% de las hijas cuidan de padres y madres. Es decir, las mujeres reciben fundamentalmente cuidados de sus hijas y los hombres de su cónyuge.

Esta situación respecto a los cuidados fuera del ámbito de los servicios sociales y sanitarios sucede por tratarse de una responsabilidad que no está bien visibilizada y

reconocida socialmente a pesar de su importancia numérica, debido fundamentalmente a tres factores:

1. Al hecho de que sea la familia la principal institución donde se llevan a cabo, quedando asociadas estas funciones al ámbito de *lo privado*.
2. A su difícil catalogación como trabajo, por el componente afectivo y su elevado contenido moral, no reconociéndose que son actividades que suponen tiempo, dedicación y esfuerzo y requieren un conjunto de saberes y técnicas que se van aprendiendo durante toda la vida.
3. A la fuerte naturalización que sufren, y el hecho de ser las mujeres quienes las realizan, de forma que se piensa que las mujeres por el hecho de serlo poseen naturalmente esos saberes y habilidades, cuando la unión entre mujer, cuidado y familia, es consecuencia directa de la división sexual del trabajo, consecuencia a su vez de un determinado sistema de género.

La reproducción de estos roles, donde la mujer ocupa el lugar central en la provisión de cuidados, es fundamental para entender el futuro de los cuidados familiares. La incorporación de la mujer al mercado laboral no ha ido acompañada de la incorporación del hombre al cuidado familiar, por lo que es necesario establecer medidas que además de ofrecer apoyo y mejorar las condiciones de las personas que cuidan, incorporen de manera efectiva a los hombres en el cuidado de las personas dependientes.

Por todos los motivos anteriormente expuestos, el Servicio Andaluz de Salud desarrolla desde el año 2005 el Plan de mejora de la atención a las cuidadoras familiares en Andalucía. Entre las actuaciones a desarrollar para favorecer la equidad, reconocer y facilitar la labor de la cuidadora familiar, se propone la puesta en marcha de una serie de medidas de *discriminación positiva dirigidas a cuidadoras de grandes discapacitados*. Estas medidas se dirigen fundamentalmente a aspectos relacionados con el acceso diferenciado a los profesionales y a la gestión de trámites administrativos sin la intervención de la cuidadora. Estos dos aspectos aparecen en un porcentaje elevado en las encuestas de satisfacción de los usuarios como aspectos a mejorar por parte de los Centros y pueden resultar muy útiles como indicadores de calidad en la atención dispensada ya que inciden directamente en uno de las principales demandas de las personas que cuidan a un familiar: la falta de tiempo para ellos mismos. Se trata por tanto de que los servicios sanitarios ayuden a las personas cuidadoras, de manera que el tiempo ahorrado en gestiones sanitarias puedan invertirlo en tiempo para ellas mismas.

Todas las medidas aquí propuestas se dirigen a las cuidadoras y al paciente al que cuidan y han de ser socialmente aceptables de tal forma que no generen rechazo ni en los profesionales ni en el conjunto de la población usuaria de los servicios sanitarios. Estas medidas y líneas de acción van dirigidas a los usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.



Las Gerencias de los Hospitales y las Direcciones de los Distritos de Atención Primaria deben ser los impulsores para la puesta en marcha de estas medidas, asegurando además la transmisión correcta de la información y la sensibilización de todos los profesionales implicados en el proceso.

Deben también explorar otras áreas susceptibles de mejora no recogidas en este documento y ponerlas a disposición de todo el SSPA mediante comunicación a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados.

## Valoración para la identificación de "Persona Cuidadora de gran discapacitado"

Actualmente, la OMS y el Consejo de Europa definen la discapacidad como *“un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades de la vida diaria”*. Esta definición tiene tres características fundamentales: la limitación física-psíquica, la necesidad de cuidados por parte de un tercero y las restricciones en la participación social.

Utilizando esta definición, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en el II Plan de Acción para las personas con discapacidad (2003/2007) establece la población dependiente en Andalucía en 708.831 personas, de las cuales casi 400.000 son mayores de 65 años.

Para determinar el grado de discapacidad es necesario realizar una valoración al paciente focalizando en aquellos aspectos que mejor la definen y valoración a la cuidadora para determinar el grado de esfuerzo, cansancio y apoyo familiar que soporta.

## Criterios para la identificación del paciente con gran discapacidad:

### Deterioro funcional

- Paciente con altos niveles de dependencia para el cuidado (higiene, alimentación cambios posturales, eliminación,...) que recae en las personas cuidadoras.
- Paciente con problemas de salud en situación de encamamiento constante y prolongado.

En la valoración del patrón actividad/ejercicio del paciente, la puntuación del Índice Barthel debe ser menor de 60 y/o Índice de Katz grados E-G (4 - 6 puntos).



## Y/o deterioro cognitivo

- Presencia de deterioro cognitivo.

## En la valoración del patrón cognitivo/perceptivo del paciente

La puntuación del test de Pfeiffer debe ser mayor o igual a 5 y/o de Miniexámen Cognoscitivo (MEC-35 y MEC-30) debe ser menor o igual a 20.

Los criterios serán tenidos en cuenta para *priorizar* a las cuidadoras de aquellos pacientes con mayor deterioro. Un paciente encamado, con alto nivel de dependencia para el cuidado es un paciente con gran discapacidad. La discapacidad es aún mayor cuando además del deterioro funcional se añade el deterioro cognitivo. Se priorizará, por tanto, a las cuidadoras de pacientes que sumen todos los criterios, seguidas de aquellas cuidadoras que tengan a cargo un paciente que no cumpla con todos los criterios.

## Criterios para la identificación e inclusión, en su caso, de la cuidadora en el Plan

Los criterios que han de cumplir las cuidadoras hacen referencia tanto a la situación en la que se desarrolla el cuidado, a la percepción que ellas tienen del cuidado que realizan y el esfuerzo que les supone. Estos criterios deben darse de manera simultánea junto con los que se han descrito para el paciente.

Los criterios que se han establecido para las cuidadoras son:

### Referidos a la situación

- a. Convivir en el domicilio de la persona que cuida o pasar más de 10 horas al día en el mismo aunque no resida en él.
- b. Asumir la responsabilidad principal de la atención de forma permanente
- c. No recibir remuneración económica por los cuidados del paciente.

### Referidos a la percepción y el esfuerzo del cuidador

- a. Alto nivel de sobrecarga de la cuidadora. En la valoración, el índice de esfuerzo del cuidador debe ser mayor o igual a 7 puntos.
- b. Falta de apoyo social percibido o funcional. En la valoración, el Cuestionario DUKE



–UNC 11– debe ser menor a 32 puntos.

Con los criterios de inclusión de la cuidadora, se procederá de la misma forma que con los del paciente, si bien los criterios referidos a la situación deben cumplirse en todos los casos, los criterios referidos a la percepción o el esfuerzo del cuidador nos servirá para priorizar la inclusión.

En los casos de pacientes con una enfermedad en situación terminal que precisan cuidados paliativos, es posible que no se alcance la puntuación mínima para poder incluirse a la cuidadora en el Plan pero, dado el carácter y desenlace de la enfermedad, la inclusión de la cuidadora se hará de forma automática en todos los casos.

## Criterios de exclusión

### Criterios de exclusión del paciente:

- Desaparición de los criterios establecidos para su inclusión como gran discapacitado.
- Exitus del paciente.
- Ingreso en una Institución o Residencia.

### Criterios de exclusión de la cuidadora:

- Desaparición de los criterios establecidos para la inclusión de la cuidadora.

El seguimiento de la cuidadora se llevará a cabo por la enfermera de familia de la cuidadora incluida en el programa, que se encargará de realizar una reevaluación cada 6 meses para la permanencia de ésta dentro del programa. Si se producen cambios en los criterios de inclusión en el programa, para el paciente o la cuidadora, se procederá a realizar la baja. Se comunicará a la cuidadora la baja en el programa, una vez que la baja sea efectiva, se procederá a anular su registro en la base de datos por la Unidad de Atención al Usuario del Centro de Salud.

## Procedimiento para la identificación de las cuidadoras de grandes discapacitados

Es necesario que las cuidadoras sean correctamente valoradas para su identificación como *cuidadora de gran discapacitado* para articular estas medidas y poner en marcha actuaciones que mejoren su accesibilidad al sistema de salud y facilite la prestación de servicios para ella y el paciente que cuida.

Con este fin se utilizará un adhesivo en la Tarjeta Sanitaria con una leyenda tipo: *Persona Cuidadora de gran discapacitado*, un número único de seis dígitos que servirá para la identificación y localización de la cuidadora en la base de datos y el nombre del programa bajo



el que se enmarca dicha tarjeta. La mención del programa ayudará a justificar la discriminación positiva obtenida por las cuidadoras. Este sistema de fácil realización e implantación facilita la expedición de las identificaciones, ya que otros sistemas (caso de tarjetas nominales) llevarían una logística más compleja en todos los Centros de Salud y Consultorios.

La identificación en cada tarjeta se realizaría por las Unidades de atención al ciudadano de los Centros de Salud, una vez recibida la información de la Comisión creada para tal fin.

Debido a las características y evolución clínica de los enfermos identificados como grandes discapacitados, el Centro de Salud es el lugar de referencia y sin duda donde en más ocasiones tiene que acudir la cuidadora de un gran discapacitado para cualquier trámite o consulta que necesite. Por este motivo tiene que convertirse en un lugar de fácil acceso y que les facilite los cuidados.

## Medidas a implantar y a desarrollar en atención primaria y en la asistencia especializada

### En el Centro de Salud

#### a. Gestión de consultas

- *Prioridad* para las cuidadoras de grandes discapacitados en las consultas médicas y enfermeras: Ante la demanda de cita para ser atendida en consulta por cualquier profesional del centro, se deberá priorizar el acceso de manera diferenciada a las cuidadoras familiares de grandes discapacitados, aunque el profesional solicitado no tenga cita en la agenda. Cuando la cuidadora solicite una cita en el servicio de atención al usuario y no pueda asignársele cita cuando la pida, el personal administrativo a cargo contactará telefónicamente con el profesional del equipo solicitado por la cuidadora para informarle que remite a consulta a la cuidadora para que sea atendida de manera preferente por el profesional).
- Las Unidades de Trabajo Social deberán atender de forma diferenciada a las cuidadoras a fin de extender las redes de apoyo familiar de ésta para prevenir su aislamiento y fomentar la ayuda.
- Las Unidades de Atención al Ciudadano deberán tener presente que las citas tanto para el paciente como la cuidadora deberán enmarcarse en el llamado acto único, procurando siempre que sea posible que las citas que se soliciten sean resueltas en el mismo centro y el mismo día.
- Todo el personal de las Unidades de Atención al Ciudadano deben conocer las medidas a poner en marcha. Debe existir en cada centro de salud un referente de estas



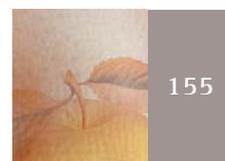
Unidades para coordinar la atención a estas personas.

#### b. Gestión de recetas de fármacos

- Las recetas de largo tratamiento (para cuidadora o paciente) deberán estar preparadas en la fecha correspondiente (según la duración del tratamiento prescrito) para poder ser recogidas en cualquier momento en la Unidad de Atención al Usuario, sin necesidad de pedir cita para consulta médica.
- El médico de familia incluirá de forma preferente en el programa receta XXI donde esté disponible los tratamientos de larga duración tanto del paciente como de la cuidadora.
- Las recetas que requieran visado serán gestionadas por el Centro, evitando que la cuidadora tenga que acudir al mismo en más de una ocasión para realizar este trámite.
- Cada enfermera y cada médico deberán llevar las recetas de sus pacientes y cuidadoras cuando realicen la visita domiciliaria a éstos, evitando así algunos desplazamientos al centro de la cuidadora, sin ningún valor añadido.

#### c. Gestión del material necesario para los cuidados a domicilio

- La Unidad de Atención al Usuario del centro de Atención Primaria se encargará de la gestión del material ortoprotésico necesario para la cuidadora incluida en el programa y para el paciente al que cuida. La petición del material se realizará a través de su médico, trabajador social, enfermera de familia o enfermera comunitaria de enlace en su caso. El material ortoprotésico procedente del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas se gestionará a través de los circuitos ya establecidos en el Distrito teniendo como responsable al Coordinador de Enfermería.
- El material necesario para los cuidados del paciente en el domicilio procedente del centro se facilitará por la enfermera cuando realice la visita domiciliaria, de manera reglada.
- La enfermera comunitaria de enlace como gestora de casos será el referente entre los centros de salud y hospitales en los trámites que requieran un desplazamiento de la cuidadora, como puede ser el desplazamiento para la solicitud de prestaciones de nutrición, de material ortoprotésico o de cualquier otro tipo, que requiera de coordinación con diferentes servicios del hospital.



#### d. Consultas a los especialistas para cuidadoras

Es importante sensibilizar a los facultativos de Atención Primaria para que a las cuidadoras incluidas en el programa se les priorice la atención sobre todo en aquellas patologías que repercuten de manera directa en la tarea del cuidado, que además se han constatado que en numerosas ocasiones se desencadenan o agravan por dicha tarea (problemas osteoarticulares, emocionales...). Otro factor importante para la derivación es, como se ha señalado anteriormente, que en numerosas ocasiones el cuidado recae sobre una sola persona, por lo que cuando ésta enferma, la atención al paciente y el entorno familiar se alteran.

#### En el domicilio

La modalidad de atención para estas cuidadoras deberá ser preferentemente en el domicilio del paciente, incluida la atención a las madres y padres de niños con gran discapacidad.

#### En atención especializada

Las condiciones físicas y mentales en las que se encuentran estos pacientes hacen que la asistencia al hospital o centro de especialidades suponga en muchas ocasiones un trastorno importante para él y para la cuidadora por el traslado, largas esperas, alteración de horarios, petición de permisos en el trabajo, ausencia prolongada del hogar, etc.

Es por ello por lo que la correcta articulación de estas medidas en el ámbito hospitalario es fundamental para mejorar la asistencia a pacientes y cuidadoras. Estas medidas son:

- Coordinar las citas y pruebas complementarias para cuidadora y paciente en un mismo día, tanto en las Consultas Externas de los Hospitales como en los Centros de Especialidades.
- Creación de una ventanilla única/referente en las Unidades de Atención al Usuario, para coordinar la atención a estas junto con las enfermeras gestoras de casos de AP y AE.
- Establecer un circuito preferente que de prioridad al traslado de estos pacientes en el servicio de ambulancia.
- Facilitar desde las plantas de hospitalización el descanso de la cuidadora, fomentando el que no permanezca las 24 horas en el hospital, evitando



así la sobrecarga que esto supone. Debe proporcionarse una información clara y eficaz que favorezca la tranquilidad de la cuidadora durante su ausencia, reforzando el papel de las enfermeras como profesionales del cuidado. En determinados centros se ha establecido el “Programa de garantía de cuidados” que consiste en fomentar la confianza de la cuidadora en el equipo asistencial, con objeto de que el período de hospitalización, pueda ser considerado como un período de descanso para la cuidadora, pudiendo ésta dejar a su familiar al cuidado del equipo asistencial con total garantía y tranquilidad.

– Las enfermeras y auxiliares de enfermería deben también valorar en las cuidadoras las aptitudes y experiencia previa para el cuidado del paciente y hacerlas partícipes siempre que estas personas lo soliciten de los cuidados que se les proporcionan y van a continuar necesitando en sus domicilios.

– En aquellas situaciones en las que las personas cuidadoras deciden permanecer junto al paciente, poner en marcha medidas que faciliten su alimentación, higiene y descanso.

Es necesario que desde ambos niveles de atención se pongan en marcha las medidas necesarias para asegurar la coordinación interniveles, elemento necesario para el éxito de este plan, por lo que es aconsejable que se haga un seguimiento del mismo dentro de las comisiones de cuidados de área.

## Gestión y organización del plan en los Centros de Salud

Entorno web para el registro y seguimiento de las cuidadoras de gran discapacitado

– Para el registro y seguimiento de las CGD, existe una base de datos alojada dentro de la red corporativa del SAS, que incluye los siguientes datos tanto de la cuidadora como del paciente:

- N° de identificación de la cuidadora.
- Fecha de alta.
- Fecha de baja y motivo de baja.
- Datos personales.
- Datos de filiación.
- Sexo.
- Edad.
- Centro de salud.
- Nombre del médico de familia, enfermera de familia y enfermera gestora de casos.



Durante el año 2007 se ampliarán los datos a incluir, de manera que pueda realizarse de manera más efectiva el seguimiento de las medidas puestas en marcha. Estos nuevos datos serán:

- Datos de la valoración del paciente y cuidadora para la inclusión en el Plan.
- Clasificación de la discapacidad del paciente (Demencia, Alzheimer, enfermedad degenerativa, ACV, otras).
- Existencia de material de ayuda técnica en el domicilio.
- Existencia de red de apoyo familiar (parentesco, edad, sexo).

### Comisión de evaluación del Plan "Cuidando a las Cuidadoras"

Se creará una Comisión específica formada por el adjunto de enfermería, el director del centro de salud, la enfermera comunitaria de enlace y, en su caso, por el trabajador social de referencia del centro, además de un profesional de la Unidad de Atención al Ciudadano, para coordinar todas las líneas puestas en marcha relacionadas con la accesibilidad, acto único, atención telefónica etc.

Objetivos:

- Valoración de las cuidadoras propuestas para su inclusión en el Plan.
- Garantizar la prestación del servicio en los términos definidos en este documento.
- Medir el grado de satisfacción de las cuidadoras incluidas en el Plan, recoger sus sugerencias, valorarlas y en su caso incluirlas en el Plan.
- Enviar al Distrito cada seis meses la valoración y situación de desarrollo del Plan.

La captación de la persona cuidadora susceptible de recibir esta prestación podrá ser realizada por cualquier miembro del EBAP mediante un informe que presenta a la Comisión donde se recojan todos los ítems establecidos anteriormente.

La Comisión se reunirá siempre que existan solicitudes de inclusión a evaluar y será esta Comisión la responsable de decidir la inclusión de la persona cuidadora en este Plan.

Así mismo, será esta Comisión la que valore además de las inclusiones las posibles exclusiones por cambios en la situación tanto del paciente como de la Cuidadora, haciendo llegar a las Unidades de Atención al Usuario la notificación tanto de incluir a nuevas cuidadoras como las de finalizar la identificación como cuidadora, para que esta Unidad proceda a colocar el adhesivo o retirarlo en su caso.



## Coordinación de interniveles

Para una correcta implantación de las medidas, es imprescindible la coordinación interniveles. Deben establecerse medidas que para que las CGD identificadas en AP puedan beneficiarse de medidas de discriminación positiva en los hospitales y centros de especialidades. Para ello, estas medidas deben girar en torno a:

- Creación, dentro de las CCA, de subcomisiones que realicen un seguimiento de las medidas a implantar en el hospital.
- Utilización en los hospitales del entorno web para la identificación y verificación de los datos de las CGD.
- Trabajar de manera conjunta con los diferentes servicios de atención al usuario de hospitales y centros de especialidades para el conocimiento, difusión y ejecución de las diferentes medidas.



## Referencias Bibliográficas

- BERGERO MIGUEL T., GOMEZ BANOVIO M, CANO ONCALA G, MAYORAL CLERIES F. "El Cuidador familiar en la enfermedad crónica". En: *Atención Sociosanitaria y Bienestar*. Septiembre 2000. (3): 17-20.
- CASALS RIERA R. "Habilidades comunicacionales para la entrevista domiciliaria". *Apuntes para Enfermeras Comunitarias de Enlace. Protocolo de Intervención en el Duelo*. Junio 2004.
- CULLUM N; DEEKS J; SHELDON TA; SONG F; FLETCHER AW. "Camas, colchones y cojines para prevenir y tratar las úlceras de decúbito". En: *La Cochrane Library Plus en español*. Oxford: Update Software.
- Decreto 137/ 2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. En BOJA. 4 de mayo 2002. (52):7.127 -34.
- Distrito Sanitario Jerez - Costa Noroeste. Contenidos de talleres ofertados a cuidadoras.2004.
- Distrito Sanitario Valle Del Guadalhorce. "Cuidarse para cuidar". *Guía para la elaboración de talleres para personas cuidadoras*. 2004
- EASP. Consejería de Salud. Fundación Andaluza de Servicios Sociales. Consejería de Asuntos Sociales. *Condiciones de vida de las personas mayores en Andalucía: Informe global de la encuesta a cuidadores informales*. 2003.
- GARCÍA-CALVENTE M.M., MATEO-RODRÍGUEZ I. "Relación entre los sistemas: Las cuidadoras informales y los servicios sanitarios y sociales". Cap. 16. En: REVILLA L. En: *Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales*. 2001. Ed. Fundesdam. 351-385.
- GONZÁLEZ ROYUELA M. "Servicios sociales para personas con discapacidad". Cap. 9. En: ALONSO-SECO J.M., AMATE-BLANCO J.M., ASTARLOA A, CASTELLOTE OLIVITO J.M. y otros. En: *Políticas para la discapacidad. Seminario de Derecho Comparado sobre discapacidades* 1999. Ed. R.P Prevención y Atención Personas con Minusvalía. 255 - 278.
- HEIERLE, C. *Cuidando entre cuidadores. Intercambio de apoyo en la familia*. Fundación index. 2004.
- Hospital de la Serranía (Málaga). Dirección de Enfermería. III Jornadas de Directivos de Enfermería. Plan de mejora "Cuidando a las cuidadoras". Málaga.2005.
- IZAL, M; MONTORIO, I; DÍAZ, P. "Cuando las personas mayores necesitan ayuda". *Guía para cuidadores y familiares*. IMSERSO.1997.
- "Las personas mayores en España". *Informe 2000*. Volumen 1. IMSERSO. CSIC.2001.
- MORAL, M.S.; ORTEGA, J; LÓPEZ, M.J.; PELLICER, P. "Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio". *Atención Primaria*. 2003;32 (2): 77-87
- II Plan de acción para las personas con discapacidad (2003/2007). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.2003
- ROSENMAN, L; LE BROCCQUE, R; CARR, S. "The impact of caring upon the health of older women". *Aust J Public Health*. 1994;18 (4): 440-4
- SÁNCHEZ FIERRO J. *Libro verde sobre la dependencia en España*. Fundación AstraZeneca. 2004.
- Servicio Andaluz de Salud. *Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en el Servicio Andaluz de Salud*. Mayo 2004.
- Servicio Andaluz de Salud. "Enfermera Comunitaria de Enlace, una estrategia de mejora para los cuidados a domicilio". *Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas*. Revisión año 2004.
- Servicio Andaluz de Salud. "Manual de Objetivos y Actividades de las Enfermeras Comunitarias de Enlace". *Documento 4*. Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Enero 2005.
- Servicio Andaluz de Salud. "Unidad de Coordinación de Cuidados. Enfermera de Enlace Hospitalaria". *Documento 0*. Noviembre 2004.
- Servicio Andaluz de Salud Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. *Guía de Procedimientos. Plan de Apoyo a las Familias*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Octubre 2003.
- Servicio Andaluz de Salud. *Guía para el Desarrollo de la Terapia Ocupacional en Atención Primaria de Salud. Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Octubre 2003.
- Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003. Enero 2003.
- Servicio Andaluz de Salud. *Cuaderno para la Continuidad de Cuidados*. Servicio Andaluz de Salud. Inédito
- Servicio Andaluz de Salud. *Plan Integral de Salud Mental 2003 -2007*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2004





**Nuevas Tecnologías en  
la Atención a Personas  
en Situación de  
Dependencia**

**Manuel González Guzmán**

*Subdirector de Programas y Coordinación  
de Servicios en la Empresa Pública de  
Emergencias Sanitarias*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

**Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género**

## Introducción

Desde hace años los ciudadanos y ciudadanas han expresado una necesidad sentida que ha sido impulso para la elaboración y posterior aprobación de la Ley 39/2.006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. La Ley regula condiciones básicas y crea un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en el que colaboran y participan Administraciones Públicas con competencias en la materia, siendo su principal objetivo “reconocer un derecho subjetivo de ciudadanía en el ámbito estatal”. Habría que destacar en los antecedentes de la Ley los cambios demográficos, los cambios en el modelo de cuidados familiares, la demanda ciudadana, la concertación social, el reconocimiento de un derecho, la responsabilidad de las Comunidades Autónomas, la Coordinación Intersectorial y la Cooperación entre Administraciones Públicas.

La Sociedad de la Información y las nuevas tecnologías históricamente han roto barreras y han suprimido limitaciones, permiten el acceso permanente a la información y generan nuevas actividades profesionales potenciando el entorno colaborativo entre distintas Instituciones prestadoras de servicios. Un Sistema estratégico como el de Servicios Sociales así como el nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), deben considerar las nuevas tecnologías siempre y cuando éstas sean accesibles, fiables, amigables y con un coste razonable para el ciudadano-ciudadana.

## Sistema para la autonomía y atención a la dependencia: escenario para la prestación de servicios

Andalucía es una Comunidad Autónoma con más de 7.849.799 (Padrón Municipal 2.005. INE) habitantes, de los que 1.145.536 son personas mayores (mayores de 65 años). Andalucía se caracteriza por ser una amplia Región en la que el entorno rural sigue teniendo un peso específico con independencia de los movimientos migratorios hacia las áreas urbanas. Las tendencias sociodemográficas no difieren de las del resto de nuestro entorno: disminución de las tasas de natalidad, envejecimiento de la población, dispersión de los miembros de la familias y afortunadamente la incorporación progresiva de las mujeres al entorno laboral, que sin lugar a dudas debe producir cambios en el modelo tradicional de cuidados familiares.

En cuanto al envejecimiento de la población hay un aumento del porcentaje de personas mayores, ya que la población de más de 65 años se ha duplicado en los últimos treinta años, alcanzando un 16.6% de la población y además hay que añadir una mayor longevidad, ya que la población con edad superior a 80 años se ha duplicado en los últimos veinte años, conformando el fenómeno conocido como *el envejecimiento del envejecimiento*.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia considera a los ciudadanos y ciudadanas en situación de dependencia, siendo también la población en general, si se consideran Programas de Prevención, una población diana. Por otra parte los/as profesionales que trabajen para el Sistema Público desarrollan el importante rol de usuarios y usuarias de producción en dicho Sistema.

El porcentaje más elevado de personas en situación de dependencia reside habitualmente en un domicilio que podría responder a alguno de estos escenarios: Domicilio propio y con un cuidador o cuidadora que no demanda servicios, Domicilio propio y con un cuidador o cuidadora que sí demanda servicios y Domicilio de un familiar, bien porque viviesen en éste antes de encontrarse en situación de dependencia o porque se hayan trasladado desde alguno de los escenarios descritos con anterioridad.

Y es en este entorno del domicilio en el que la mujer sigue asumiendo el rol principal de los cuidados lo que supone el esfuerzo en muchas ocasiones de compatibilizar el trabajo fuera del hogar con la prestación de la atención. Más del 80% de las personas que cuidan son mujeres de las cuales el 11.7% han tenido que abandonar su empleo para atender al familiar. Además hay un fenómeno de feminización del envejecimiento ya que en Andalucía un 66% de personas mayores de 65 años en situación de dependencia son mujeres. En este sentido se puede hablar de la necesidad de realizar un enfoque de género ante la feminización de la dependencia, que limita la independencia de las mujeres, su participación activa en la sociedad, su ocio y su desarrollo personal y que en ocasiones favorece la aparición de patologías que pueden llegar a ocasionar dependencia.

En definitiva las cifras nos hablan de que un 58,4% de las personas en situación de dependencia son mujeres y que en el grupo de mayores de 65 años alcanza el 66%. Esta realidad demográfica y el hecho de que más del 80% de las personas cuidadoras sean mujeres, frecuentemente de la misma familia y convivientes en el mismo domicilio, constatan la realidad de la feminización de la dependencia.

Además del entorno del domicilio las personas en situación de dependencia también pueden frecuentar durante determinados periodos de tiempo Centros de Día, Unidades de Respiro y a Centros Hospitalarios (en aquellos casos en los que éstas personas presenten reagudización de procesos crónicos o aparición de patologías agudas). Todos estos escenarios serían inicialmente espacios susceptibles en los que estas personas podrían tener acceso a las nuevas tecnologías.



Estas personas en situación de dependencia y que hoy día por tanto son usuarios y usuarias de consumo del Sistema de Atención, presentan en un elevadísimo porcentaje una peculiaridad respecto al resto de usuarios y usuarias de otros Sistemas, y es que no suelen ser los decisores finales sobre los recursos a demandar, ya que es algún familiar (normalmente la hija o el hijo), quién finalmente decide. Estas personas manifiestan de manera clara su deseo de permanecer en el domicilio el mayor tiempo posible, manteniendo sus relaciones sociales, manteniendo el contacto con sus familiares o personas más allegadas y disponiendo de cuidados adecuados a sus necesidades.

Y esta población en su más amplio sentido tiende, afortunadamente y cada día más, a ser más exigentes, y posiblemente sea así, porque cada vez tienen más acceso a la información. Estos ciudadanos y ciudadanas, como población general, pueden demandar a un Sistema de Atención a Personas en Situación de Dependencia, *acceso permanente a la información*, puede que también *formación* en aquellos casos en los que sean responsables del cuidado de familiares o personas cercanas y también *asesoramiento* sobre qué hacer y cómo hacerlo ante problemas o situaciones puntuales.

Hablar de la población en general como usuarios y usuarias de un Sistema de Atención a Personas en situación de Dependencia, es hablar de información, formación, asesoramiento y prevención, y un método para anticiparnos a sus demandas es conocer sus expectativas y por tanto potenciar el crear escenarios de encuentro en los que expresen sus preocupaciones y manifiesten necesidades. En este punto debemos considerar a las Asociaciones como vehículo de comunicación entre los ciudadanos y ciudadanas con la Administración, deben ser motor impulsor ya que son punto de encuentro donde las personas comparten sus preocupaciones y expresan sus necesidades.

En definitiva, la transmisión natural de conocimiento, el intercambio de experiencias y la constitución de foros, son líneas de acción que contribuyen a la identificación de oportunidades, a añadir valor a los servicios e incluso a potenciar los acuerdos entre organizaciones. Sería la visualización de un Sistema Público en un entorno de colaboración y sinergias, en el que es necesaria y clave para asegurar la adecuada prestación de servicios una Coordinación no solo entre Sistemas sino también entre distintos niveles asistenciales dentro de los respectivos Sistemas: Sistema Público de Servicios Sociales – Sistema Sanitario Público de Andalucía: Servicios Sociales Comunitarios – Servicios Sociales Especializados – Atención Primaria – Atención Especializada.

La incorporación de personas al Sistema se producirá en el periodo 2007 – 2015, iniciándose con la incorporación de personas en situación de Gran Dependencia (.007 – 2008), Dependencia Severa (2008 – 2010) y Dependencia Moderada (2010 – 2012).

## Sociedad de la Información (SI) Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC)

Hoy día el mundo experimenta un proceso de rápida adaptación a las condiciones que vienen impuestas por las Sociedad de la Información (SI) y que influye en la economía, en la manera de

trabajar, de formarnos, de disfrutar de nuestro tiempo de ocio; en definitiva en como nos relacionamos y en como nos organizamos.

Y cuándo hablamos de la (SI) en definitiva estamos hablando de Informática, Electrónica, Telecomunicaciones, Audiovisual, etc.; es decir, de tecnologías que nos permiten acceder a información sin que importen las distancias y que facilitan la comunicación del hombre con las máquinas. Las TIC están produciendo un cambio profundo y creando principalmente dos entornos: uno de trabajo y otro de clientes / pacientes / usuarios y usuarias.

En cualquier caso cuando hablemos de las TIC también debemos hablar de la evolución de una sociedad que desde casa le dicen que puede entre otras muchas opciones: trabajar, hacer la compra, sacar dinero del banco, reservar plazas de viaje, o transmitir bioseñales y en este sentido cuando hablemos de las nuevas tecnologías tendremos que identificar demandas reales de los ciudadanos y conocer sus necesidades.

Los tecnólogos nos dicen que las tendencias nos llevan a una nueva revolución de la Sociedad de la Información, en la que los ordenadores pasarán de ser *invasores* a ser ubicuos, es decir, se espera que toda clase de productos ordinarios como paredes, puertas, electrodomésticos, ropa, etc.; se informaticen se pongan en red y se hagan inteligentes. Sin embargo, en la actualidad es obvio que la sociedad ha identificado a Internet, con más de 500 millones de usuarios/as, como la herramienta preferida por unos ciudadanos que 24 horas al día pueden vender, comprar e intercambiar, tanto información como servicios; en definitiva, que la relación del individuo con la información se está transformando en el sentido de que no van a ser las personas las que se acerquen a ésta, sino que la información será la que venga a buscar a las personas. De hecho las últimas ofertas ofrecen la posibilidad de acceder desde la telefonía móvil a Internet por lo que ya hablamos más de terminales móviles que de telefonía móvil.

Por último es obvio que las nuevas tecnologías crearán entornos de trabajo, es decir, los cambios impactarán posiblemente en 5 áreas de las organizaciones: se crearán nuevas actividades profesionales, la transformación de la forma que tenemos de hacer nuestro trabajo, la reorganización de procedimientos, la manera de hacer las cosas, los planes formativos o el incremento de colaboración entre profesionales.

## TIC: atención a personas en situación de dependencia

Y cuando hablamos de TIC y de la calidad de vida en Servicios Sociales debemos pensar en cuál será el rol que desempeñen las TIC como herramientas que faciliten la prestación de cuidados tanto en el entorno del domicilio como fuera de él y tanto para la persona dependiente como para los cuidadores/as como para los profesionales.

En este sentido cuando hablemos del uso de las nuevas tecnologías tendremos que considerar su conectividad (accesibilidad), la fiabilidad, que sean productos amigables fáciles de usar, que sean



estándares, su coste (eficiencia: inversiones muy altas y quizás el uso no es proporcional a la inversión), su capacidad de integrar servicios y generar ayudas o prestaciones multi-departamentales, la equidad en el sentido de no generar por ejemplo en función de dónde se resida a *ciudadanos de segundo ritmo*, etc. En definitiva estaremos hablando de la capacidad de la tecnología para poner en contacto: personas con personas, intereses con intereses, personas con servicios, etc.

Por otra parte el uso de las TIC puede estar condicionado por variables como localización de la vivienda (área rural o urbana), nivel socioeconómico (principalmente a la capacidad de gasto en función a los ingresos), nivel sociocultural: en relación con la capacidad de aprendizaje o el uso de las TIC o características de las viviendas (*accesibilidad* (no existencia de barreras) y en la *comunicación* (existencia o no de teléfono). También hay que considerar, entre otras, limitaciones por la dinámica de las relaciones entre instituciones implicadas, de tipo presupuestaria, de relaciones interniveles o de la realidad de nuestro entorno.

Las principales tecnologías que pueden ser de utilidad en los escenarios descritos son las siguientes:

### Sistemas de Teleasistencia

Básicamente se trata de un dispositivo que la persona dependiente siempre llevaría encima y que podría usar para disparar una alarma. Esta alarma llega de forma inalámbrica hasta un terminal que está instalado en la casa y que conecta mediante el teléfono con una central de atención.

Ventajas: relativo bajo coste y facilidad de uso.

Inconvenientes: destacar que necesita de una conexión telefónica

### Sistemas de Comunicación Audiovisual

Se trata de poner en comunicación a la persona dependiente y su cuidador/a con otras personas, ya sean de instituciones o particulares.

Obviamente *la primera y más básica opción es el teléfono*, que se entiende como imprescindible en todos los escenarios. Hay que tener en cuenta aspectos como la ergonomía y facilidad de uso del teléfono, incluyendo funciones como marcación mediante una única tecla, estudiar el sistema de facturación de las llamadas para garantizar que se mantenga controlado el coste de su uso, amplificación del sonido, etc.

Otra posibilidad interesante es el *uso de la videoconferencia*, es decir, poder además de hablar, ver a la persona con la que se está hablando. Esta posibilidad sería interesante en todos los escenarios para conectar con un centro de asistencia ya que aportaría un nivel de relación muy superior. El principal inconveniente sería un coste elevado y requiere una línea de comunicaciones de banda ancha que también implica un coste adicional fijo de carácter mensual.



## Sistemas de Acceso a la Información

A través de Internet es posible ofrecer cualquier tipo de información en el momento que el usuario lo demande. Podrían utilizarlo: las personas en situación de dependencia siempre que se realizasen modificaciones sobre la tecnología en función a su dependencia y los cuidadores/as siempre que estén formados. Puede haber un grupo de personas con dependencia cuyo perfil haría más fácil y amigable su uso: aquellas personas jóvenes que hayan accedido a Internet de forma habitual antes de padecer la situación de dependencia. Sería necesario un ordenador personal adaptado a la causa de la dependencia y una línea de comunicaciones para acceder.

El disponer de un sistema de este tipo es siempre interesante, y hoy día ésta forma de acceso a la información puede ser la primera opción para muchas personas que pueden acceder sin salir de su domicilio tanto a entornos de ocio como de información. Puede tener como inconveniente: coste elevado, o por no disponer de ordenador previamente o por no disponer de línea de comunicaciones además del mantenimiento de la información.

En cualquier caso debe contemplarse, por simple que pueda parecer, la opción de acceder a través de un teléfono a una Centro de Coordinación donde se proporcione información y asesoramiento de manera puntual y que sea accesible todas las horas del día y todos los días del año.

## Sistemas Domóticos

Este capítulo se refiere a un conjunto de dispositivos que, colocados en la casa, pueden interactuar con ésta de diferentes maneras, por ejemplo detectando humos, gases o intrusiones o bien controlando el funcionamiento de elementos eléctricos como persianas, luces, electrodomésticos, etc. En cualquier caso es imprescindible la presencia de un elemento central (pequeño ordenador) que coordine las actuaciones de los diferentes elementos, gestione la emisión de alarmas, etc. Hay que considerar que el coste también es muy variable. Si se pretende transmitir las alarmas a un punto remoto aplican los mismos inconvenientes descritos anteriormente: ordenador de control, línea de comunicaciones y centro receptor de las alarmas.

## Sistemas de Apoyo a Personas con Discapacidad

En el caso de que la persona dependiente presente alguna discapacidad serían interesantes dispositivos adaptados a la misma, de manera que pudiera actuar mediante el habla o el movimiento de la cabeza o la mano para activar o desactivar sistema domóticos, lanzar alarmas, iniciar llamadas o videollamadas, etc. Hay que considerar el coste y la posible dificultad en “personalizar” en función a la discapacidad de cada persona.



## Sistemas de Localización

Se trata de dispositivos y tecnologías que permiten la localización de determinadas personas. Pueden ser de varios tipos: que detecten el paso de la persona por un punto concreto, que localicen a la persona en un ambiente cerrado o que la localicen en cualquier punto. Los primeros son relativamente sencillos, aunque su utilidad es limitada. Los otros escenarios requieren de equipos mucho más complejos, que emitan constantemente la posición de la persona con los problemas subyacentes de costes de comunicaciones, duración de las baterías, facilidad de quitarse el dispositivo, etc. Debe considerarse su coste.

## Sistemas de Transmisión de Bioseñales

Hoy día es posible capturar un determinado número de bioseñales que pueden ser transmitidas a un punto remoto donde personal especializado pueda analizarlas y en caso necesario derivar recursos o un transmitir un consejo. Las principales señales que se pueden capturar son la temperatura, saturación de oxígeno, ritmo cardíaco y presión arterial, si bien existen dispositivos para prácticamente cualquier necesidad.

El principal problema es considerar cómo se van a transmitir estas señales. Existen básicamente dos posibilidades: transmisión desde el propio dispositivo (lo que implica utilizar tecnología de telefonía móvil en el aparato) o hacia un ordenador central de la casa que almacene la información y la envíe ya por cualquier medio disponible (teléfono, ADSL, etc.)

Lógicamente, la principal dificultad para implantar un sistema de este tipo es, además del coste, la necesaria coordinación con el Sistema Sanitario: determinar quién y cómo recibirá estas señales y cómo actuará después del análisis de las mismas.

## Herramientas de Trabajo Colaborativo

Es posible diseñar, a través de Internet, sistemas que faciliten y coordinen el trabajo de múltiples personas que desde distintas Instituciones están implicadas en el cuidado de personas dependientes. De esta manera en un único sitio se dispondría de toda la información conocida relacionada con la persona dependiente: datos personales y familiares, nivel de dependencia, visitas realizadas, cuidados necesarios, evolución, etc. Estos entornos de colaboración tendrían como principal dificultad el hecho de compartir la información, los criterios de confidencialidad, la necesidad de actualizar datos, la necesidad de no saturar a los profesionales con diferentes Sistemas de Información, etc.



## ¿Factores a tener en consideración?

- El coste es normalmente elevado en los sistemas indicados. Sin embargo, muchos de estos sistemas tiene elementos en común, de manera que el coste de un conjunto de servicios es menor que la suma del coste de cada uno de ellos. Básicamente los elementos comunes son los sistemas de telecomunicaciones (móvil, ADSL, etc.) y el pequeño ordenador.
- También hay que destacar que es muy importante tener en cuenta que la mayoría de los servicios presentados requieren no únicamente de la tecnología para poder funcionar, sino de un equipo de personas que atiendan las peticiones, doten de contenido a las secciones informativas, etc.
- Indicar la importancia del mantenimiento de los sistemas instalados, ya que no sirve de nada realizar una gran inversión en la adquisición e instalación de este tipo de equipos si luego no está garantizado su mantenimiento ante averías.
- Los costes de comunicaciones pueden ser muy importantes, desde el uso del teléfono hasta la videoconferencia o la telemedicina.
- Hay que hacer notar que, aún hoy día, es muy importante la diferencia que existen en los servicios ofrecidos a los ciudadanos dependiendo de su localización geográfica.
- La *práctica inexistencia de estándares* en este campo significa que es muy difícil la interoperatividad entre los diferentes dispositivos y sistemas implicados.

## Propuestas de TIC para la autonomía personal

Se contemplan propuestas en los siguientes sentidos:

- *De Ámbito General*, serían accesibles a todos/as los ciudadanos/as a través de una WEB o del Teléfono.
- *De Entorno Colaborativo*, en el que se pueda compartir información por parte de profesionales de Servicios Sociales Comunitarios y Atención Primaria; como prestadores de servicios en el entorno del domicilio.
- *Del Entorno Domiciliario*, con dispositivos que faciliten la comunicación, la estimulación cognitiva, dispositivos de prevención y la gestión de demandas.
- *Unidades de Estancia Diurna*, dirigidas al acceso de información, entornos de ocio, etc.; así como a actividades para la estimulación cognitiva.
- *Residencias*, como entorno en el viven un importante número de personas con dependencia.



## 1. Ámbito General

### 1.1. Diseño de un entorno WEB

No cabe duda de que los ciudadanos han elegido Internet como un medio accesible a todas las horas del día, para obtener e intercambiar información y datos (500 millones de usuarios en el mundo).

En este sentido entendemos necesario crear un punto de acceso común y global que sirva como canal de comunicación para acceder a información y asesoramiento. Este entorno tendría utilidad para personas con dependencia, cuidadores/as e incluso para profesionales que les atendiesen.

El diseño de este entorno de colaboración debe partir de la premisa de la accesibilidad y usabilidad de forma que garantice el cumplimiento de las normas y recomendaciones de accesibilidad para asegurar la equidad y la no creación de nuevas barreras (*wai-aaa*).

La Web tendría, entre otros, como principales objetivos: Informar, formar a cuidadores y cuidadoras, asesorar a cuidadores y cuidadoras y posibilitar entornos de colaboración entre profesionales.

### 1.2. Centro de Atención Para La Autonomía Personal

Se trataría de la creación de un Centro de Atención que estuviese operativo las 24 horas del día, para atender consultas y demandas de información. El teléfono sería accesible para cuidadores/as y también debe serlo para las personas con dependencia. El acceso a este servicio podría también ser a través de sistemas móviles y de mensajería SMS. Desde el Centro se podrían realizar: Consultas telemáticas, mediante plataforma Web y para personas que desde sus domicilios quisiesen acceder a información, Consulta/Respuesta telemática mediante la creación de sistemas de mensajería SMS que a su vez sirviese como medio de comunicación con usuarios y Consulta/Respuesta a través del teléfono.

## 2. Entorno Colaborativo

### 2.1. Entornos colaborativos

Sin lugar a dudas para la atención a las personas con dependencia la coordinación entre distintas Instituciones prestadoras de servicios será fundamental para, entre otros objetivos, proporcionar una atención personalizada. Es necesaria la creación consensuada de un entorno de trabajo colaborativo que proporcione acceso a información,



con todos los criterios de confidencialidad y restricciones pertinentes en el acceso, a todos los profesionales que le atiendan. El entorno debe ser accesible básicamente para profesionales de Servicios Sociales Comunitarios y Especializados y el Sistema Sanitario Público. En este sentido parece razonable que sea la WEB el entorno que se elija para facilitar la colaboración entre los profesionales sin que suponga ninguna modificación de los Sistemas de Información específicos que en la actualidad manejan tanto desde Servicios Sociales como desde los Servicios Sanitarios.

### 3. Entorno del Domicilio

#### 3.1. Teleasistencia

En la actualidad son más de 40.000 los ciudadanos/as que se benefician del servicio de Teleasistencia con un elevado grado de satisfacción. Sería conveniente protocolizar desde el punto de vista tecnológico, la integración del Centro de Teleasistencia y de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias Sanitarias; al objeto de agilizar las respuestas dando una adecuada derivación y por lo tanto gestión de las demandas.

#### 3.2. Teleasistencia + Dispositivos accesorios para el control del entorno

Dirigido a personas en situación de dependencia y a sus cuidadores/as. Para estas personas es tranquilizadora la seguridad de la detección precoz de situaciones de riesgo en los domicilios. En este sentido potenciar los proyectos pilotos para la instalación en domicilios de detectores de humos, gas, grifos abiertos, etc.; es de interés en estos hogares.

#### 3.3. Estimulación Cognitiva

Un importante porcentaje de personas con dependencia tiene la demencia como principal origen de la misma. En este sentido los programas de estimulación cognitiva pueden ser de interés para estabilizar el avance de la enfermedad. Las tecnologías más adecuadas se centrarían en la utilización de programas específicos a través de pantallas táctiles. Existe la experiencia de más de cinco años de implantación de programas a través del Plan Andaluz de Alzheimer (Consejería de Salud).

#### 3.4. Domótica

Sería de interés proporcionar información detallada y personalizada a través de expertos a aquellas personas que estuviesen interesadas en implantar sistemas domóticos en sus domicilios.



## 4. Unidades de Estancia Diurna

En las Unidades de Estancia Diurna es de interés el uso de las TIC en aspectos relacionados con:

### 4.1. Acceso a la información / entornos de ocio

Hay personas con dependencia que o bien no disponen de ordenadores adaptados en sus domicilios o que bien deseen seguir utilizando la informática durante las horas que permanezcan en las UED para acceder a información, entornos de ocio, etc. En este sentido en las UED se debería disponer de equipos informáticos adaptados a las distintas discapacidades para facilitar el uso de estas personas a la Sociedad de la Información.

### 4.2. Estimulación Cognitiva

Programas para estimulación cognitiva instalados en ordenadores con pantallas táctiles, con el objetivo de estabilizar procesos de demencia.

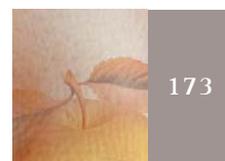
## 5. Centros Residenciales

Sería interesante:

5.1. *Acceso a la información y asesoramiento (Entorno WEB y Centro de Atención Para la Autonomía Personal)*

5.2. *Programas de estimulación cognitiva (ordenadores y pantallas táctiles), para personas con demencia (problemas cognitivos).*

5.3. *De manera definitiva, la conexión real y efectiva de los equipos de telemedicina instalados en los Centros Residenciales con Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía. La creación formal de equipos de profesionales de los dos sectores sería necesaria para definir de manera conjunta: necesidades de formación, evaluación, catálogo de servicios, etc.*



## Referencias Bibliográficas

*Libro Blanco I+D+I al servicio de las Personas con Discapacidad y las Personas Mayores*. Aril 2.003.

Plan de Innovación y Modernización de Andalucía.

"i.2010–Una sociedad de la información europea para el crecimiento y el empleo". *Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones*. Bruselas 1.6.2005.

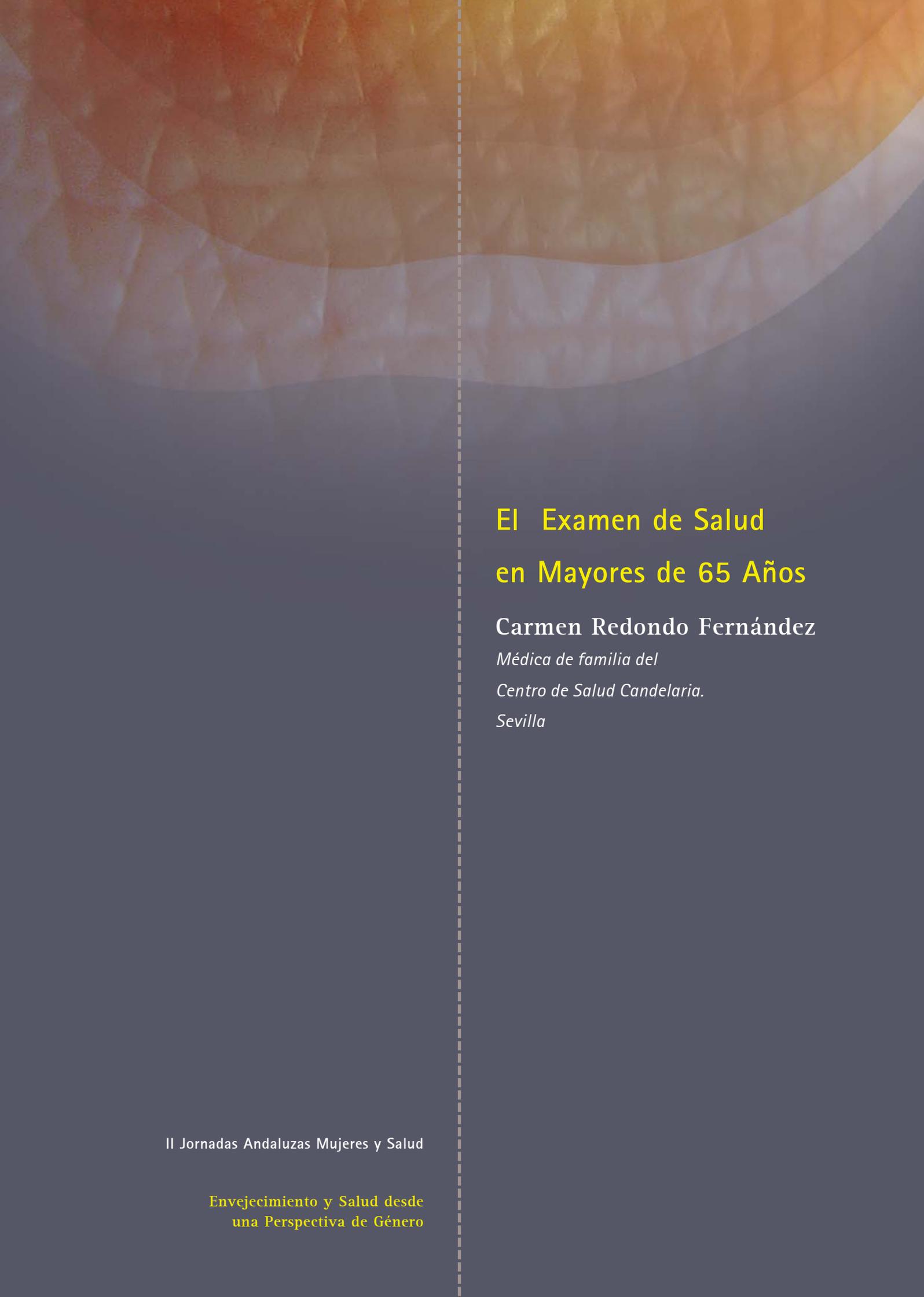
Principles of the Universal Design:[www.design.ncsu.edu/cud](http://www.design.ncsu.edu/cud)

*Aplicación de la Telemedicina en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Cartera de Servicios. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

*Telemedicina*; Villagrán Ortiz J.L.; En: *Gestión Hospitalaria*; Termes Montes, J.L.. Editorial McGraw-Hill. Madrid 2002.

REMARTÍNEZ, A. "Tecnología y dependencia". *Libro Verde sobre la dependencia en España*.





# El Examen de Salud en Mayores de 65 Años

Carmen Redondo Fernández

*Médica de familia del*

*Centro de Salud Candelaria.*

*Sevilla*

II Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

Envejecimiento y Salud desde  
una Perspectiva de Género

## Introducción

El envejecimiento poblacional constituye el hecho epidemiológico de mayor relieve ocurrido en los países desarrollados en las últimas décadas, de forma que las personas mayores de 65 años suponen un 15% del total de la población.

Este aumento progresivo en la esperanza de vida, ha producido un aumento en la preocupación por la calidad de vida de los mayores.

En la comunidad autónoma andaluza, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) pone en marcha a principios del 2006 una nueva iniciativa orientada a la detección precoz de los problemas de salud y necesidades de cuidados, referidas a la población mayor de 65 años.

Es el Plan de Salud a los mayores de 65 años, considerado como un plan de atención integral dirigido a la mejora de calidad de vida relacionada con la salud y donde se proponen intervenciones basadas en las evidencias científicas disponible y en consonancia con las que se desarrollan en países de nuestro entorno, y teniendo en cuenta el contexto de nuestro SSPA. Estas intervenciones están sujetas por tanto, a posteriores ampliaciones, revisiones y actualizaciones.

## Definición

Conjunto de las actividades destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica, establecimiento de un plan terapéutico y de cuidados, para los mayores de 65 años en Andalucía y persigue el seguimiento evolutivo, la prevención, el manejo de complicaciones, y el apoyo psicológico y social al paciente y al cuidador principal

## Objetivo general

- Detectar precozmente los problemas de salud en las personas mayores de 65 años que puedan constituir situaciones de riesgo.

- Implantar medidas de promoción y prevención de la salud según los estudios disponibles.
- Mantener la autonomía, el buen estado de salud y la calidad de vida el mayor tiempo posible, es decir, mantener el periodo de dependencia el mayor tiempo posible.

## Objetivos específicos

- Identificar y captar a los mayores de 65 años residentes en Andalucía.
- Clasificarlos según su grado de autonomía.
- Identificar problemas de salud y necesidades de cuidados de mayor prevalencia, garantizando la valoración de los mayores de 65 años.
- Establecer medidas de prevención/promoción de la salud según la valoración realizada.
- Potenciar la coordinación entre profesionales y servicios ofertados de Atención Primaria para el desarrollo de las intervenciones.
- Facilitar el acceso de la población diana a los profesionales y servicios de Atención Primaria para la intervención precoz de los problemas de salud detectados

Por tanto el punto de partida son los servicios de Atención Primaria, coordinando a los distintos profesionales. Es una oferta integrada de servicios, y ordena mucho de lo que se viene haciendo en los centros de salud en materia de programa, procesos o actividades regladas.

Las intervenciones y su periodicidad, viene marcada por la evidencia científica disponible.

## Plan de actuación

- *Identificar* a la población mayor de 65 años vinculada a cada Centro de Salud, facilitando los listados a cada médico/enfermero-a. Para ello se utiliza la base de datos unificada de Andalucía (BDU)
- *Captar* de acuerdo a prioridades a la población diana
- *Clasificar* a las personas mayores de 65 años de acuerdo a su grado de autonomía.



Para ello y a raíz del primer contacto, se utilizará el *Índice de Barthel*. Es una escala de valoración que mide actividades básicas de la vida diaria, e informa sobre el grado de autonomía siempre desde el punto de vista sanitario.

Estas actividades serían:

- Comer.
- Lavarse.
- Vestirse.
- Arreglarse.
- Deposiciones.
- Micción.
- Usar el retrete.
- Trasladarse.
- Deambular.
- Escalones.

Dependiendo de si el mayor es capaz de realizarlas de forma completamente autónoma, o si necesita de forma parcial o total, se puntuará, y así resultará su grado de autonomía.

## Clasificación según el grado de autonomía

1. *Persona mayor de 65 años autónoma*. No padece enfermedad o aún padeciéndola de manera aguda o crónica, mantiene su autonomía y su independencia. Corresponde a un Índice de Barthel de 100.

2. *Persona mayor de 65 años frágil o en riesgo de dependencia*. Cumple alguna de las siguientes condiciones y debido a ellas, se encuentra en situación de riesgo de dependencia:

- Problemas de salud: patología crónica que condiciona una incapacidad funcional.
- Criterios asistenciales: edad superior a 80 años, inmovilizado en su domicilio, residente en instituciones.
- Problemas sociales: aislamiento social y/o familiar, cambios frecuentes en domicilio, viudedad reciente...

Corresponde a un Índice de Barthel entre 61-99.



3. *Persona mayor de 65 años dependiente.* Cumple tres o más de los siguientes criterios y por lo tanto, se encuentra en situación de dependencia, con pocas posibilidades de que esto cambie:

- Mayores de 75 años.
- Presencia de pluripatología descompensada.
- Enfermedad mental grave.
- Problemas sociales relacionales con su estado de salud.
- Proceso o enfermedad principal con carácter incapacitante.

Corresponde a un Índice de Barthel menor de 60.

## Actividades a realizar

Una vez realizada la clasificación, deberemos recoger la siguiente información:

- Registro de patología relevante como la HTA, diabetes, cardiopatías...
- Valoración del estado nutricional de acuerdo a su actividad y patología.
- Hábito tabáquico, motivación para el abandono, repercusión funcional... Test de Fageström para evaluar dependencia a nicotina.
- Consumo de alcohol. Test de Cage para valorar hábito oculto.
- Actividad física que realiza.
- Medicación habitual prescrita: manejo, conocimiento, adherencia.
- Valoración de riesgo de caídas: escala de riesgo de caídas múltiples.
- Inmunización antigripal, difteria/tétanos/antineumocócica, según calendario vacunal.
- Determinación de constantes: TA, peso, talla, IMC, frecuencia cardíaca.
- Analítica general incluyendo hemograma, bioquímica, lípidos...
- Detección de hipoacusia.



- Valoración agudeza visual.
- Exploración física completa: auscultación cardiorrespiratoria, neurológica, examen de la boca...
- Valoración del riesgo cardiovascular según tablas. Realización de EKG.
- Valoración estado depresivo según test Yesavage.
- Detección de incontinencia urinaria.
- Prevención del cáncer de mama: Entre los 50 y los 69 años, a las mujeres se les realizará mamografía/ecografía bianualmente y dependiendo del resultado, estas pruebas se repetirán semestral, anual o de nuevo bianualmente.
- Prevención cáncer de piel.

Una vez identificados los problemas de salud y las necesidades de cuidados, ya recogidos todos los datos y valoradas las pruebas complementarias... que constituyen la *valoración inicial completa*, se procederá de acuerdo con los resultados, bien a facilitar consejos, a proceder a tratamiento, se realizarán consultas a otros especialistas... En mayores de 65 años autónomos, esta valoración inicial será suficiente.

Sin embargo, en mayores de 65 años en riesgo de dependencia, ha de completarse esta valoración inicial con la *valoración integral*, en la que se realizarán todas las actividades del grupo anterior, es decir, una valoración clínica, pero además hay que hacer>

- *Valoración funcional*. Escala Lawton y Brody, que mide actividades instrumentales de la vida diaria. Son actividades algo más complejas que las evaluadas en Test de Barthel
- *Valoración del estado mental* mediante entrevista cuestionarios como el SPMSQ, Pfeiffer, Lobo, que detectan deterioro cognitivo
- *Valoración social*. Entrevista y cuestionarios como la escala sociofamiliar de Gijón, Apgar familiar...

En los mayores dependientes, ha de añadirse atención a cuidadoras.

Tras la valoración integral, se procederá a la identificación de problemas y detección de necesidades de cuidados, para llegar a una priorización de actuaciones que nos lleve a realizar el plan terapéutico y de cuidados en función de las necesidades detectadas.



## Datos del Programa del Examen de Salud a mayores de 65 años hasta abril de 2007

### Andalucía

- Población de mayores de 65: 926.814
  
- Incluidos en el programa: 284.715
  - cobertura 30.71%
  - 173.862 son autónomos (61.06%)
  - 59.282 frágiles o en riesgo de dependencia(20.82%)
  - 45.179 son dependientes (15.86%)
  - 6.392 sin clasificar (2.26%)

### Distrito Sevilla

- Población mayor de 65 años: 106.323
  
- Incluidos en el programa: 64.671
  - cobertura 60.82%
  - 38.038 son autónomos (58.81%)
  - 13.240 son frágiles (20.47%)
  - 9.511 son dependientes (14.80%)
  - 3.882 sin clasificar (6.02%)

### Centro de Salud Candelaria

- Población de mayores de 65 años: 3.912
  
- Incluidos en el programa: 2.126
  - Cobertura 54.34%
  - 1.448 son autónomos (68.10%)
  - 416 son frágiles (19.56%)
  - 245 son dependientes (11.52%)
  - 17 sin clasificar (0.82%)







Instituto Andaluz de la Mujer

**CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL**