

# INFORME FINAL DIAGNÓSTICO SOBRE LOS CUIDADOS EN HUARTE – UHARTE 2022

**Equipo investigador de Género de la Fundación Ipes**

**Subvenciona:** Área de igualdad Ayto. de Huarte-Uharteko Udala



## **Equipo investigador**

---

**Informe realizado por el Equipo de Investigación de Género de la Fundación IPES**, para el Área de Igualdad del Ayuntamiento de Huarte – Uharte, con el siguiente equipo de trabajo:

**Dirección técnica del informe:** Rut Iturbide Rodrigo

**Coordinación del proyecto:** Rut Iturbide Rodrigo

**Trabajo de campo y reuniones de grupos:** Amaia Barandica Ortiz de Zarate, Ariane Echeverría Sampedro y Rut Iturbide Rodrigo

**Análisis y redacción del Informe:** Amaia Barandica Ortiz de Zarate, Ariane Echeverría Sampedro y Rut Iturbide Rodrigo

**Abril 2022**

## ÍNDICE

|             |   |            |
|-------------|---|------------|
| <b>I.</b>   | <b>INTRODUCCIÓN</b>   | <b>4</b>   |
| <b>II.</b>  | <b>MARCO NORMATIVO Y MARCO TEÓRICO</b>  | <b>5</b>   |
| <b>III.</b> | <b>OBJETIVOS</b>  | <b>18</b>  |
| 1.          | General   | 18         |
| 2.          | Específicos   | 18         |
| <b>IV.</b>  | <b>METODOLOGÍA Y FASES DE LA INVESTIGACIÓN</b>  | <b>18</b>  |
| 1.          | Metodología utilizada   | 18         |
| 2.          | Fases de la investigación   | 20         |
| <b>V.</b>   | <b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>   | <b>24</b>  |
| 1.          | Análisis cuantitativo   | 24         |
| 1.1.        | Demografía  | 24         |
| 1.2.        | Empleo y riesgo de pobreza  | 29         |
| 1.3.        | Fecundidad y pautas reproductivas   | 30         |
| 1.4.        | Conciliación de la vida laboral y familiar y apoyos a los cuidados                      | 32         |
| 1.5.        | Dependencia y discapacidad  | 35         |
| 2.          | Análisis cualitativo  | 36         |
| 2.1         | Cambios acaecidos en las últimas décadas y también durante y posteriormente al COVID 19 | 36<br>44   |
| 2.2         | El concepto de cuidados   | 48         |
| 2.3         | Características de los cuidados en nuestras sociedades                                  | 58         |
| 2.4         | La provisión de los cuidados y su reparto   | 75         |
| 2.5         | Consecuencias de los cuidados y factores protectores frente a las mismas                | 86         |
| 2.6         | Retos presentes y futuros en relación a los cuidados                                    | 90         |
| 2.7         | Propuestas de reflexión y acción en torno a los cuidados                                | 90         |
| <b>VI.</b>  | <b>CONCLUSIONES</b>   | <b>99</b>  |
| <b>VII.</b> | <b>BIBLIOGRAFÍA</b>   | <b>104</b> |

## I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación diagnóstica parte del trabajo que en 2021 se empezó a desarrollar por las técnicas de igualdad junto con el INAI, en torno a la firma de un Pacto de cuidados a nivel de Navarra; y que va a implicar, tanto a la administración foral, como a las administraciones locales. Dicho pacto local foral, parte de las intervenciones que allá por los años 2004-2005 se realizaron en torno a los cuidados en los municipios, bajo los llamados “Pactos por la conciliación”. A través de los mismos se hicieron servicios de conciliación, herramienta prioritaria y que respondían a una necesidad imperante en aquel momento. A los mismos, dada su naturaleza participativa, se adhirieron varios agentes sociales, pero poco a poco, con el paso del tiempo, han ido muriendo o quedándose en los servicios de igualdad que impulsan algunas acciones en este sentido. En esta nueva etapa de Pactos, entorno a los cuidados lo que se plantea de forma estructural son tres cosas:

Por un lado, la necesidad de un cambio de paradigma respecto a los cuidados, es decir superar la conciliación, la conceptualización de estos como privados, “lo que toca”, que los mismos tengan un reparto equitativo entre hombres y mujeres, que la sociedad en su conjunto se sienta interpelada en relación a la responsabilidad comunitaria de los mismos, etc.

Por otro lado, abordar la complejidad y la multidimensionalidad de los cuidados (físicos, psíquicos, emocionales, etc.).

Además, trabajar sobre la responsabilidad en el reparto de los mismos (familias, estado, mercado, etc.).

Por todo ello, se ha considerado fundamental llevar a cabo una investigación sobre la situación de cuidados en Huarte, puesto que estos son un eje fundamental en la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres- siendo este uno de los ámbitos donde más se reproducen las inequidades entre unos y otras-. Además, porque siempre es necesario conocer la realidad para poder transformarla, y hacerlo desde un punto de vista crítico y propositivo. Fundamentalmente, porque Huarte va a adherirse a este pacto foral, en el que están implicados muchos departamentos del Gobierno de Navarra, y habrá que implementar las medidas adaptándolas al terreno municipal.

Para ello se ha llevado a cabo esta investigación diagnóstica, a través de un análisis metodológico mixto -cuantitativo y cualitativo-, y que se estructura en siete apartados: uno introductorio; otro relativo al marco tanto normativo como teórico; un tercero en el que se recogen los objetivos; un cuarto en el que se trabaja el *cómo* se ha hecho esto; un quinto en el que se analizan los resultados de la investigación, un sexto en el que se recogen las conclusiones más destacadas de todo el proceso y por último, el apartado de bibliografía, en el que se recogen los artículos, libros, páginas web, etc. consultadas para la realización de este proyecto.

## II. MARCO NORMATIVO Y MARCO TEÓRICO

### 1. MARCO NORMATIVO

#### 1.1 Ámbito Europeo e Internacional

- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Objetivos para el Desarrollo Sostenible) (2015).
- Conferencia mundial sobre la mujer de Beijing (1995) y Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, revisada y refrendada en Nueva York en 2015 (Pekin+20).
- Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979); ratificada por el Estado Español (1983) y su Protocolo Facultativo (2000).
- Directiva (UE) 2019/1158 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2019, relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores, y por la que se deroga la Directiva 2010/18/UE del Consejo.

#### 1.2 Ámbito Estatal

- Ley 39/1999, de 5 de diciembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

#### 1.3 Ámbito Foral

- Pactos Locales por la Conciliación. Instituto Navarro de la Mujer, 2004.
- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales.
- Ley Foral 17/2019, de 4 de abril, de Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- Plan estratégico para la igualdad entre mujeres y hombres de Navarra 2022- 2027 (aprobado por Gobierno de Navarra en sesión del Gobierno el 5 de mayo de 2022 y pendiente aprobación Parlamento de Navarra).

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 CONTEXTO: Elementos estructurales claves

##### 2.1.1 Envejecimiento de la población y descenso de la natalidad

El **envejecimiento de la población** es uno de los **cambios sociales más evidentes** en las **sociedades actuales** de nuestro contexto. Desde el inicio del siglo pasado la esperanza de vida se ha alargado ostensiblemente, llegando a duplicarse. Esto se debe a varios factores, entre otros: la mejora de las condiciones sociales y sanitarias debidas principalmente al desarrollo del Estado de bienestar; los avances en el ámbito de la salud o la promoción de hábitos saludables entre la población, etc.

Muestra de ello son los datos recogidos de forma prolija en apartados posteriores de esta investigación, principalmente el de *Análisis de resultados cuantitativos*.

La tendencia hacia una sociedad cada vez más envejecida es un elemento característico de las sociedades europeas. El **aumento de la esperanza de vida** en los últimos años supone, no solo una alta prevalencia de personas mayores, principalmente mujeres; sino también que estas vivan muchos años. Ello se traduce en relación a los cuidados, objeto de esta investigación, en el **aumento de las situaciones de dependencia, de enfermedades** discapacitantes y/o alargamiento y cronificación de enfermedades; **aumento de los cuidados paliativos** o un mayor número de pacientes en etapas **terminales**, entre otras situaciones que requieren mayor atención en lo que a dichos cuidados se refiere. Situaciones que comparten hombres y mujeres, aunque más intensamente estas últimas; a lo que además se suma, el **acrecentamiento de hogares unipersonales** formados por mujeres mayores.

En este sentido también es destacable, no sólo el **aumento de los cuidados necesarios**, sino también **cómo estos se llevan a cabo**. Destacándose el hecho de que, en los casos de dependencia -independientemente de si esta es calificada como moderada, severa o gran dependencia-, la mitad de las prestaciones concedidas se destinan al apoyo de los cuidados que se realizan en el entorno familiar (datos del Observatorio de la Realidad Social. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

A todo ello se suma, el **descenso en los últimos 40 años del índice de natalidad**; resultando ser el Estado español uno de los países con menor natalidad de Europa. Las razones que es de interés abordar en este sentido, son tres:

Por un lado, la necesidad de **reflexión sobre la efectividad de las políticas de conciliación** que se han ido desarrollando en nuestro contexto nacional y autonómico, principalmente en torno al bajo impacto que estas han tenido en el aumento de la natalidad.

Por otro lado, **el coste del cuidado y crianza de las criaturas, sobre todo para las mujeres**, todavía a día de hoy continúa siendo no sólo es elevado, sino también un hándicap para el desarrollo profesional (división sexual del trabajo, identidad de género femenina, roles y estereotipos, etc.). La maternidad sigue “pasando factura” a las mujeres, ya que continúan siendo **ellas las que, debido a factores estructurales, se acogen en mayor medida a las medidas de conciliación** (reducciones de jornada, excedencias, etc.).

Además, se suma a todo lo anteriormente recogido, el **retraso en la maternidad**. Debido a varios factores como son la búsqueda de estabilización laboral previamente a la crianza, debido al alto precio que se sabe dichos maternajes suponen para las mujeres en sociedades patriarcales y con Estados de bienestar familistas o la tenencia de una criatura a edad tardía, precipita no continuar aumentando la familia por considerarse “tarde”. En este sentido, se interrelacionan dos variables claves en el análisis: el **menor número de hijos e hijas** y el retraso en la edad en la que estos/as se tienen.

Dicha dinámica demográfica y social, junto al envejecimiento poblacional, genera otra nueva situación a tener en cuenta en relación a los cuidados: la coincidencia en una misma generación de dichos cuidados a menores y mayores. Es lo que se denomina como “**generaciones sándwiches**”: aquellas en las que se superpone el cuidado de criaturas, con el cuidado a personas mayores. El retraso en la edad en que se tiene descendencia, una mayor exigencia y el alargamiento del tiempo de cuidado dispensado a los y las menores, junto con una mayor esperanza de vida y la disminución del tamaño familiar y, por tanto, de personas disponibles en la familia para el cuidado; hace que esta situación de **sobrecarga** se produzca con el consiguiente cansancio y estrés a sobrellevar, especialmente por parte de las mujeres.

A los cambios demográficos se unen las **transformaciones en el modelo de familia**, que también tienen múltiples efectos sobre la provisión y la forma en que se organizan los cuidados. Ya que se ha pasado de familias extensas y numerosas, donde había un cuidado más colectivo -aunque la responsabilidad principal recayera sobre las mujeres-; a un cuidado más individual. Actualmente, se vive principalmente en **familias** denominadas **nucleares**, más pequeñas, y dentro de un contexto en el que el porcentaje de **hogares unipersonales** ha **aumentado** considerablemente en los últimos años. **Sobre todo**, los hogares unipersonales de **mujeres mayores**; ya que, por general, como reflejan los datos, estas viven más y por tanto la mayoría sobrevive a sus maridos. En este sentido, es clave incorporar además, otro factor que tiene efectos sobre la provisión de los cuidados, como es la **limitada capacidad económica de las mujeres que enviudan**, debido a que muchas de ellas no han trabajado fuera del hogar o lo han hecho de forma intermitente, temporal y en trabajos generalmente precarizados. Lo que tienen consecuencias cuando aumenta la dependencia y de la necesidad de cuidados más intensos e individualizados y la familia no los puede asumir, debiendo externalizarse a través del mercado principalmente, y/o con ciertos apoyos por parte del sector público, en aquellas situaciones que en las que hay una situación de dependencia reconocida. Dichos reconocimientos también son en ocasiones complejos, sobre todo y como se recoge en el análisis de resultados en aquellas enfermedades como el Alzheimer o la demencia.

En cualquiera de los casos, es importante recalcar que todos estos cambios, suponen un **aumento de las necesidades de cuidados**; sino **también** una necesaria **reflexión e innovación sobre la forma en la que estos deben proveerse**.

### 2.1.2 Identidades de género, División sexual del trabajo y Estados de bienestar familistas

La identidad de género es una construcción social, cultural y simbólica basada en el sexo de las personas, que adjudica a mujeres y a hombres determinados comportamientos, actitudes y capacidades. Los **cuidados** y todo lo relacionado con el **espacio de reproducción de la vida** están **vinculados a la identidad de género femenina**.

En el proceso estructural social de construcción de la **identidad de género femenina**, el mandato clave para las mujeres es el de “**ser seres para otros**”. Y a través del mismo, estas interiorizan estructuralmente un modelo que las conduce a esperar la aprobación, valoración y reconocimiento de otros, especialmente de los hombres.

El cumplimiento de esta identidad impone mandatos de docilidad, sumisión, obediencia, complacencia y pasividad entre otros. Su misión es la de cuidar a los demás (Basaglia, 1987).

Por el contrario, en la construcción de la **identidad de género masculina** se fomenta una **identidad individualizada y orientada al ejercicio del poder: “ser seres para sí mismos”**. Y en la que, sobre todo, se “construyen” **en contraposición a lo que se considera femenino**. Prohibiéndoseles todo aquello que se atribuye estructuralmente a las mujeres -debilidad, docilidad, comprensión, pasividad y emotividad entre otras características-. Los hombres son socializados para reprimir la afectividad y el interés por todo lo relacionado con lo doméstico, fomentando el interés por lo público; competitividad, liderazgo, agresividad, movimiento, objetividad, etc. pero los hombres. Además, en el sistema patriarcal donde predomina el **modelo heteronormativo**, la identidad masculina y **lo que se atribuye a los hombres tiene mayor valor, centralidad e importancia, que lo atribuido a las mujeres**.

A través del **proceso de socialización**, anteriormente recogido, las personas van **interiorizando aquellas cuestiones que como mujer u hombre** son consideradas “correctas” o **normativas**, proyectando lo que se espera que se sea y se haga. De esta forma la construcción social se establece en relación a unos **roles y estereotipos** que están estrechamente vinculados con la identidad de género, son las “**normas**” masculinas o femeninas. Resultando especialmente interesante en cuanto al tema de cuidados objeto de esta investigación, la sujeción de la identidad de género femenina a los roles de **esposa, madre y cuidadora** vs. la identidad de género masculina a los de **proveedor económico y de protección**.

Las sociedades occidentales se han desarrollado sobre la división de dos esferas, la pública (productiva) y la privada (tareas para el sostenimiento de la vida: tareas domésticas y cuidados). Los hombres se sitúan estructuralmente en la esfera pública y las mujeres en la privada. Es lo que se denomina “**división sexual del trabajo**”.

Esta división sexual del trabajo ha derivado en las sociedades occidentales, donde se ha desarrollado un sistema de bienestar familista (Esping- Andersen, 1993) como es el caso del Estado español, un modelo económico fundamentado en el binomio “**hombre- ganador de pan**” o el varón como sustentador económico principal del hogar, a través del denominado salario familiar vs. mujer “**ama de casa**”, dedicada a tareas doméstica y de cuidados y cuya función principal es garantizar el bienestar cotidiano necesario. Es un sistema jerárquico donde se establece el reparto de derechos, obligaciones, espacios, tiempos y funciones. Este patrón de comportamiento estructural genera a su vez que el ámbito productivo tenga un alto valor social, mientras que los trabajos relacionados con el ámbito doméstico y de cuidados hayan estado invisibilizados y poco valorados. Esta desigualdad se materializa a través del “**Contrato sexual**” (Pateman, 1995).

Autorías en la materia como Esping- Andersen (1993) distingue tres regímenes de bienestar según sobre quien recaiga la obligación principal de cuidar -liberal, corporativo y socialdemócrata, si recae en las familias, el mercado o el Estado-. En los países mediterráneos, tal y como se ha recogido en el párrafo previo, se caracterizan por un modelo familista. Dicho modelo se basa en la solidaridad intergeneracional y en el carácter femenino de la asistencia y los cuidados.



La familia, y especialmente las mujeres de dichas familias, son las responsables principales de la provisión de bienestar. Sin embargo, los cambios en la composición de estas familias (reducción del tamaño, participación de las mujeres en la vida económica, aumento de la esperanza de vida, aumento de nuevos modelos familiares, etc.), han generado que haya menos personas con disposición para el cuidado. Las circunstancias demográficas, sociales, económicas y culturales ponen en evidencia la dificultad de continuar con este modelo. Se habla por ello de **“crisis de los cuidados”** (Pérez Orozco, 2006)

A partir de los años sesenta del siglo pasado las mujeres comienzan a incorporarse de forma progresiva y generalizada al mercado laboral, dando paso a la denominada **“nueva división sexual del trabajo”**. Las mujeres se incorporan a sectores productivos vinculados o relacionados con la esfera privada, reproduciendo de nuevo roles tradicionales asociados al ámbito reproductivo en el productivo; cuidado, salud, educación, atención, trabajo doméstico, servicios sociales, etc. Es lo que se conceptualiza como **“segregación horizontal”**, las mujeres ocupan puestos feminizados, y trabajos precarizados, manteniendo la idea de los varones como principales sustentadores de la economía familiar, mientras que el sueldo de las mujeres se considera como un complemento, todavía hoy, al salario de los hombres, mermando así la autonomía económica de estas primeras. Es lo que se denomina **“segregación vertical”**.

Este modelo explica también **las resistencias en el orden cultural para la conciliación y la corresponsabilidad** de las tareas relacionadas con los cuidados y el bienestar de la familia. La esfera de lo productivo, asociado a lo masculino, sigue teniendo un alto valor social; mientras que la esfera privada, lo femenino, tiene por en contraposición un escaso valor.

La incorporación de las mujeres al ámbito laboral -productivo- no se ha correspondido con una implicación equivalente por parte de los hombres al trabajo de cuidados. Aquí cabe recordar otro término que desde el feminismo se ha analizado y llevado al discurso social en los últimos años, la **“doble jornada”** (triple en los casos en los que hay participación sociopolítica); que hace referencia a que las mujeres siguen siendo las principales responsables del trabajo doméstico y de cuidados, al mismo tiempo que desarrollan también el trabajo productivo. Esta situación tiene como consecuencia trayectorias laborales intermitentes y precarias, caracterizadas por la temporalidad, la parcialidad y las continuas entradas y salidas del mercado laboral para los cuidados de las mujeres. A lo que se suma, lo que ello genera tanto a nivel económico, como de oportunidades profesionales y derechos vinculados a las cotizaciones (pensiones, prestaciones, etc.). En definitiva, puede afirmarse que, las mujeres, tienen estructuralmente una relación con el mercado laboral condicionada por las responsabilidades en el ámbito doméstico.

## 2.2 Cuidados, concepto

**Los cuidados** hacen referencia al **conjunto de tareas**, trabajos y esfuerzos que son necesarios para garantizar la reproducción, el desarrollo, el bienestar y el **mantenimiento de una vida digna y autónoma**.

Los cuidados han sido analizados desde diferentes enfoques, ya que es un concepto que abarca múltiples dimensiones: social, económica, política, etc.

Ello **dificulta acotar una definición única** de lo que entendemos por **cuidados**. En este sentido entendemos que los cuidados son más que la atención a las **necesidades físicas**, contempla también las **necesidades afectivas y emocionales**, siendo todas fundamentales para el bienestar de las personas. Pero los cuidados son también una **pieza fundamental en la consecución de la igualdad real entre mujeres y hombres**, porque tienen sin duda una dimensión política que tiene que ver con la ruptura de la división sexual del trabajo y el binomio productivo- reproductivo vs. público- privado.

En la **provisión de los cuidados** intervienen diferentes actores: **familia, mercado y estado**, principalmente. Tal como se ha señalado en párrafos anteriores, este reparto se ha configurado de una manera concreta en el contexto del **Estado español**, a través de un modelo de bienestar familistas en la que el peso de **las familias** en la provisión de cuidados ha sido fundamental. Y dentro de la familia, **las mujeres** han sido las principales responsables en la provisión de los mismos.

Las aportaciones teóricas y metodológicas de los estudios de género y feministas al trabajo doméstico y de cuidados llevan décadas de recorrido y desarrollo. Más concretamente desde la **economía feminista** y la corriente **ecofeminista** estas han sido especialmente relevantes. Desde la **visibilización del trabajo** en su conjunto (productivo y reproductivo) y la crítica al concepto de “inactividad” para las personas que se dedican en exclusividad al trabajo doméstico y de cuidados; hasta la **puesta en valor y centralidad del trabajo reproductivo** para el sostenimiento de la vida con **criterios de equidad**. También se ha desvelado la **relación entre reproducción social y economía capitalista** -sistema económico extractivista de los cuidados proporcionados por las mujeres-, visibilizando el valor económico de la provisión de dichos cuidados al conjunto social.

El concepto de **sostenibilidad de la vida** reconoce la **interdependencia entre las personas** (los seres humanos se necesitan unos a otros), lo que implica **reciprocidad** (las personas van a cuidar y a ser cuidadas) y se sustenta también en la responsabilidad de cada persona hacia las otras -**ética del cuidado**-. En esta línea, recoger que el desarrollo del **concepto de corresponsabilidad frente a conciliación** también fue una aportación proveniente de las teorías feministas donde estaría implicada la parte de responsabilidad que *correspondería* al estado, la parte a las personas y el ámbito comunitario, y la parte del mercado. En los últimos años el **concepto de ciudadanía** se ha defendido en este mismo sentido, poniendo la vida en el centro, la interdependencia y el trabajo reproductivo como eje colectivo; así como recogiendo las necesidades de todas las personas. La idea de cuidado no puede olvidar la **dimensión ecológica y medioambiental** (crisis climática entre otras); ya que, el cuidado del planeta y de las personas, no puede separarse. Y, desde esta visión, el enfoque alude a la crisis multidimensional y sistémica actual donde se trata de remover la raíz misma de las estructuras capitalistas y patriarcales.

La centralidad que los cuidados y su gestión cobran en este nuevo paradigma, constituye un pilar básico de la **sostenibilidad social**. Este va a ser un elemento clave a transformar desde las políticas públicas en una sociedad, cada vez más envejecida, especialmente en el contexto europeo del que Navarra forma parte.

Desde la economía feminista se ha puesto también el foco en el coste de los cuidados y la riqueza que generan, siendo destacables fundamentalmente en este sentido por sus aportaciones al objeto de estudio, dos autoras: **María Ángeles Duran y Amaia Pérez Orozco**.

En relación a la primera -una de las expertas que más ha investigado sobre el tema de los cuidados, su relación con el mercado laboral, la demografía, la familia y la desigualdad entre mujeres y hombres-; en su libro *“La riqueza invisible del cuidado”* (Durán, 2018), esta autora refleja el cuidado como una gran fuente de recursos invisibles no incorporados a las cuentas económicas de nuestra sociedad, pero que tienen costes para los hogares y para las personas sobre las que recae (principalmente mujeres). La autora propone en lo teórico el nacimiento de una nueva clase social, el *“cuidatoriado”* (Durán, 2018); que comparte con el antiguo proletariado características fundamentales como la subordinación, la ausencia de protección social, un altísimo riesgo de pobreza, invisibilidad o marginación. Una clase social formada por mujeres según la autora. Además, en este libro, Durán identifica los **múltiples escenarios en los que el cuidado se invisibiliza como forma de riqueza**.

Advierte Durán también, sobre lo que ella considera será un escenario de futuro con respecto al cuidado en el Estado español; ya que, según la autora, de mantenerse el ritmo de incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y el envejecimiento demográfico, es posible que **ni siquiera el mercado informal (el invisible, precario y poco valorado) pueda atender la demanda de cuidados**. Plantea que quizá el **mercado, el estado** o ambos deban **asumir el trabajo de cuidados** que hasta el momento han dejado en manos, fundamentalmente, de las mujeres.

Ella señala también que las mujeres han accedido masivamente primero a la educación, luego al empleo, pero el hueco estructural que ha quedado en los cuidados no lo han ocupado los varones. Es una cuestión que desde hace años vienen planteando las teóricas, la **no incorporación de los hombres al espacio privado** (sostenimiento de la vida), **de la misma forma o con la misma intensidad con la que las mujeres se han incorporado al ámbito público** (productivo). Nos recuerda esta autora e investigadora que, el descenso de natalidad tiene relación con que **cuidar es “carísimo”** en términos reales y que supone **en muchos casos una pérdida de oportunidades de cara al mercado laboral**.

Otra de las referentes en el tema de cuidados es la economista feminista **Amaia Pérez Orozco**, que desde ya hace años hablaba de la **crisis de los cuidados**, en alusión al proceso de reorganización de la forma de cobertura de la necesidad de cuidados de la población y de cómo los cuidados son “la cara b” del sistema (2005). Esta doctora en economía recoge en sus estudios otro concepto que ya se ha recogido previamente y que desde el movimiento feminista se viene debatiendo hace años, la idea de **interdependencia**. Este concepto se plantea como un eje analítico y una apuesta política, ya que hablar de interdependencia supone hablar de la fragilidad, la dependencia y de la vulnerabilidad propia de la condición humana (Martin- Palomo, 2010).

Amaia Pérez Orozco plantea en sus investigaciones de una **doble dimensión, la “material”** que tiene que ver con lo corporal, la atención al cuerpo y a las necesidades fisiológicas; **y la “inmaterial”**, que es el lado afectivo; el relacional, vinculado al bienestar emocional.

Tomando como referencia algunas de estas cuestiones planteadas por las autoras es necesario **hablar de cuidados en términos económicos y de costes**, pero también desde otros enfoques, porque el beneficio de **los cuidados no se puede cuantificar solo en esos parámetros**. Porque cuidar es asistir en la cobertura de las necesidades físicas y de las actividades de la vida cotidiana; y ello obliga a incorporar también los afectos y las relaciones. **Los cuidados suponen una provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional**.

Pero el **cuidado tiene también otra dimensión** muy importante que no tiene que ver con la atención, pero sí con la provisión, y es **la organizativa**. No basta con atender, es necesario organizar esa atención. Es lo que llamamos **la gestión de los cuidados**, que requiere organizar bienes, recursos materiales, simbólicos y afectivos, servicios, actividades, etc. La organización es una parte fundamental que hace posible la alimentación, el mantenimiento de la salud y de la higiene; pero también influye en la atención psicológica, afectiva y emocional de las personas que conforman los hogares; así como la estimulación de los procesos cognitivos y sociales. La organización de los cuidados es en definitiva una gran responsabilidad, **difícilmente medible en tiempo, intensidad y esfuerzo**.

En este sentido **siguen siendo las mujeres las principales responsables de la organización de los cuidados y de las tareas vinculadas a los mismos**. Es una cuestión estructural que tiene que ver, nuevamente, con la división sexual de los espacios y con la socialización de género diferenciada. Ya que, a través de pequeños aprendizajes cotidianos, las mujeres y hombres van interiorizando la división de lo reproductivo vs. productivo, el primero es femenino y el segundo masculino. Se va asumiendo que la responsabilidad del ámbito reproductivo es de las mujeres, atribuyendo a los hombres el papel de **“ayudadores”** o de colaboradores (Bonino, 2002). Llegados a este punto se incorpora otro término, el de la **“doble presencia”**, concepto acuñado por Laura Balbo a finales de los 70 (1979). Este concepto analiza la participación en el empleo y en el trabajo doméstico y de cuidados tomando en cuenta las presencias o ausencias de ambos sexos en la carga total de trabajo. Con este término, la socióloga italiana pretende visibilizar la sincronía de la **doble carga que el binomio “tiempo- trabajo” plantea a las mujeres, a raíz de su incorporación al ámbito productivo**. Es decir, las mujeres que tienen un empleo (presencia en el ámbito productivo) deben afrontar sincrónicamente el trabajo doméstico- de cuidados. Esto se hace visible, por ejemplo, a través de la no delegación de las tareas de gestión y responsabilidad de los cuidados -y la no asunción de las mismas por parte de los hombres- y que las mujeres **“llevan en la cabeza”** de manera permanente, y que se ha denominado **la carga mental** (2018). La **“doble presencia”** lleva parejo la **“doble ausencia”**, que tiene que ver con el sentir de las mujeres de estar en ambos sitios y no estar en ninguno al mismo tiempo.

Esta doble presencia tiene su repercusión en la vida de las mujeres, especialmente en lo relativo a dicha **“carga mental”** derivada de la responsabilidad de ser la organizadora del bienestar en el hogar (Aurelia Schneider 2019, Emma Clit 2018). Este concepto hace referencia a la **situación de tensión** vivida debido al esfuerzo mental y emocional que supone **compaginar las responsabilidades en el ámbito productivo con las exigencias del ámbito familiar y doméstico**. Es consecuencia de la gestión de múltiples tareas que son asignadas y asumidas tradicionalmente por las mujeres, debido a los roles culturales establecidos.

Ligado a lo anterior, durante muchos años se ha estado promoviendo la **corresponsabilidad** como una forma de organización fundamental para lograr un **reparto equitativo**. Sin embargo, la corresponsabilidad, **sin cambios estructurales más profundos** que incidan en la ruptura de roles tradicionales, **ha supuesto un trabajo extra para las mujeres**, porque son ellas las que continúan en la gestión y la planificación del hogar; y también de las necesidades de quienes viven en él. Ha supuesto que las mujeres pauten la tarea a los hombres; es decir, que den *“instrucciones al otro”* para que haga lo que hemos entendido que le corresponde.

En este sentido, además de la organización de los cuidados, **por socialización, las mujeres siguen asumiendo principalmente la provisión de afectos y bienestar emocional**. Dichos afectos y dichas emociones siguen vinculándose a los roles femeninos. Esto sitúa a las mujeres en la dinámica de los hogares, en una posición de *“mantenedoras”* de un entorno pacífico y armónico, **recayendo en ellas la contención emocional de toda la familia**.

Tras años de implementación de diversas acciones por parte de las administraciones, llegados a este punto cabe plantearse lo siguiente: ni las políticas de conciliación ni los esfuerzos por sensibilizar sobre la corresponsabilidad han logrado superar la brecha de cuidados existente entre mujeres y hombres. Porque planificar y diseñar acciones para superar esa brecha exige **cambios en relación a cómo definimos y analizamos el cuidado de las personas**. Requiere sin duda **también un análisis con perspectiva de género que cuestione los aspectos estructurales implícitos** que dificultan la ruptura con el binomio producción- reproducción y la división de la sociedad en base al sexo de las personas.

Por ello es necesario **poner el foco en la responsabilidad como personas con respecto al cuidado**. Recuperando necesariamente en este punto, el concepto de interdependencia del que habla Amaia Pérez Orozco, para vincularlo a la idea de reciprocidad de los cuidados. De esta manera hablamos del **cuidado como algo que es inherente al desarrollo social**, porque todas las personas en algún momento de sus vidas van a tener que ser cuidadas. Y al mismo tiempo a todas las personas les va a *“tocar”* cuidar. Aquí cabe entonces **plantear el cuidado como una dimensión social, humana, y no como un problema individual- familiar**. Esto conecta con la idea de reciprocidad. Porque cuando hablamos de reciprocidad hablamos de reconocimiento mutuo, de la satisfacción de *ida y vuelta*. Esta visión de los cuidados, además, supera la visión patriarcal de los mismos, y que tiene que ver con dedicación exclusiva, entrega y sacrificio.

Con la llegada de la pandemia provocada por la **Covid-19**, los cuidados comienzan a tener mayor presencia en el discurso social. El confinamiento **visibilizó la brecha existente entre mujeres y hombres en relación a los cuidados y la atención de las necesidades en las familias**. Esto se manifestó especialmente entre aquellas mujeres que tuvieron que compaginar el teletrabajo con la atención de las y los menores las 24 horas del día. Al cuidado se sumó, además, el apoyo y seguimiento académico. En las familias monomarentales esta carga que experimentaron muchas mujeres, se multiplicó. La experiencia de algunas mujeres en este periodo se recogió en un estudio impulsado por el Instituto Navarro para la Igualdad (INAI), titulado: *“El confinamiento en primera persona. Vivencias y testimonios”* (2020).

En este sentido, y como señala Cristina Goberna Pesudo en el prólogo del libro de María Llopis *“La revolución de los cuidados”* (2021): *“Cuidar es un término que sobre todo en su variante anglosajona como care aparece, desde que comenzó la pandemia de Covid-19, por doquier. Tanto es así que empieza a ser sospechoso. El peligro, por descontado, es que se convierta en una marca o muletilla que justifique cualquier acción, como “lo verde” o “sostenible” han hecho hasta ahora en demasiadas ocasiones. Porque to care o “los cuidados” son términos tan generales que en ellos caben galaxias de significado político”* (pag.9).

## 2.3 Políticas públicas y cuidados

En relación a las políticas públicas y de cuidados, es importante destacar dos ámbitos sociales y legislativos: **la ley de dependencia y la ley de conciliación.**

En lo que respecta a las **políticas públicas de atención y cuidado**, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, supuso un avance importante en varios sentidos. Ya en el año 2006, en la exposición de motivos, y por partida doble, se recogía que **la atención a las personas en situación de dependencia era un reto para nuestras sociedades**: *“La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados”* y *“La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad”*.

Además, la Ley pone también el foco no solo en la atención sino también en **la autonomía, vinculada al ejercicio de los derechos** que les corresponden: *“El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía”*. De hecho, el objeto de la ley del 2006 reconoce la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia como un **derecho subjetivo de ciudadanía**. Su aprobación supuso la implementación y desarrollo de unos servicios y recursos mínimos de atención a las personas en situación de dependencia.

**Reconoce además el papel fundamental de las mujeres en la prestación de los cuidados** a las personas con necesidades de apoyo y la **necesidad de revisar el sistema tradicional de cuidados**, lo que viene a respaldar lo que se ha ido recogiendo a lo largo de este Marco Teórico: *“No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el “apoyo informal”*. En ese mismo párrafo reconoce que los cambios en los modelos familiares y la incorporación de las mujeres al mercado incorporan factores que hacen imprescindible revisar el sistema tradicional de atención a las personas, para asegurar una adecuada prestación de cuidados a quienes los necesitan.

Sin embargo, **a pesar del desarrollo normativo**, siguen existiendo carencias importantes, ya que la Ley traslada las **situaciones de dependencia a unos baremos**, estableciendo grados de dependencia en función de las necesidades de cuidado.

Aunque el objetivo es tratar de lograr un reparto equitativo de los recursos para atender a aquellas personas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, la realidad es que **deja fuera de la atención** a otras. **Los recursos** en algunas ocasiones **son escasos**, y aunque el objetivo es que **las personas puedan mantenerse en su entorno el mayor tiempo posible**, en ocasiones los recursos son limitados. Las personas mayores quieren quedarse en sus casas, y quieren ser atendidas por su entorno fundamentalmente. Probablemente este deseo tenga un fuerte componente social y cultural, cabría valorar si esta tendencia se mantiene en un futuro a medio plazo, teniendo en cuenta que el **número hijos e hijas** que **podrían atender** a las personas en situación de dependencia **ha disminuido**. Además, **el deseo de ser cuidados en casa** por hijos/as esta posiblemente muy vinculado a la identidad de género, siendo los hombres los que en mayor medida manifiestan querer ser cuidados por familiares, mientras que **las mujeres** habitualmente **dicen no querer ser una carga** para sus hijos/as.

Sobre las **políticas de conciliación** ya se ha hablado algo en párrafos anteriores. La incorporación de las mujeres al mercado laboral empieza a ser generalizada a partir de los años 80 del siglo pasado, y por ello la conciliación empieza a ser necesaria para un gran número de familias. En 1999 se aprueba la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Con esta Ley se introducen una serie de modificaciones en el Estatuto de los Trabajadores; especialmente en lo relativo a permisos, excedencias y reducciones de jornada. Es la primera regulación que se establece en este sentido y, en aquel contexto, estas medidas dieron respuesta a una necesidad urgente. Sin embargo, como se ha comentado a lo largo de este marco teórico, **la conciliación no ha dado una respuesta global al tema de los cuidados** que incida en la superación del binomio público- privado, ni en la ruptura del ideario que continúa situando a los hombres en la esfera productiva y a las mujeres en la reproductiva. **Fueron y siguen siendo las mujeres quienes concilian fundamentalmente y quienes, en mayor medida, se acogen a las medidas en este sentido.**

Visibilizada esta situación, se abordó teóricamente y se empezó a emplear también el termino **corresponsabilidad**, haciendo alusión a los hombres para asumir responsabilidades en las tareas domésticas y en la atención y cuidado de los y las menores y personas en situación de dependencia. **Se pretendía así que los hombres también se acogieran a las medidas de conciliación.** Con relación a la corresponsabilidad se han desarrollado acciones especialmente enfocadas a la sensibilización y a visibilizar la **necesidad de establecer un reparto equitativo de las responsabilidades domésticas y de cuidados**. Estas medidas han tenido un impacto positivo en la medida en que los hombres, al menos algunos, han ido asumiendo cada vez más tareas relacionadas con los cuidados. Pero no han logrado el objetivo de fomentar cambios más profundos que favorezcan la ruptura de la división sexual del trabajo y la asignación de lo relacionado con los cuidados a las mujeres. Los hombres se han incorporado en mayor medida al cuidado de las hijas e hijos, pero no tanto al cuidado de las personas en situación de dependencia, enfermedad y muerte. Asumen ciertas tareas en este sentido, pero **la organización y la gestión de los cuidados sigue recayendo en las mujeres**, además de la parte afectiva y emocional de los mismos.

En este sentido la **coeducación** implementada desde el primer ciclo de Educación Infantil (0-3) es una herramienta fundamental para **fomentar un modelo de socialización al margen de roles y estereotipos asignados a mujeres y a hombres**. La coeducación favorece procesos de aprendizaje con el objetivo de promover cambios en la estructura social porque busca superar la asignación de mandatos de género a niñas y niños en función del sexo determinado. Es un marco fundamental a desarrollar desde la administración educativa, haciéndola extensible a otros espacios educativos no formales e informales (Salas, 2003).

En relación a la **implementación de recursos**, también es importante trabajar en dos líneas: menores y mayores.

A partir de los años 90 del siglo pasado comienzan a desarrollarse algunos recursos de atención y cuidado, especialmente en lo relativo a la atención de las criaturas, para dar respuesta a los cambios legislativos. Años después comienza también a extenderse el primer ciclo de **educación infantil (0-3)**, **trasladando la responsabilidad a las Administraciones municipales** en lo relativo a su oferta y organización. También se van extendiendo otros recursos como las **ludotecas o los campamentos urbanos** para la atención de las y los menores en periodos no lectivos. Sin embargo, en los últimos años **no ha habido** en términos generales **cambios sustanciales en la prestación de estos servicios** para adaptarse mejor a las necesidades actuales de cuidado. En este sentido es **necesaria una evaluación profunda** de los **recursos** actualmente **disponibles** para valorar si realmente responden a las necesidades de las situaciones familiares actuales, que son diversas.

En lo que respecta a la **atención y cuidado de las personas mayores**, tal como se menciona al inicio de este apartado, no fue hasta el año 2006 cuando se hizo una ley específica que garantizase una atención básica mínima en todo el territorio español. A partir de ese momento se establecen unos servicios de atención mínimos y unas prestaciones económicas para las personas en situación de dependencia. Antes de su aprobación algunas Entidades Locales ya venían prestando los denominados **Servicios de Atención a Domicilio** (a partir de ahora, SAD) a través de las figuras de trabajadoras familiares. Pero como sucede con los recursos de atención a las y los menores, éstos requieren una profunda revisión para adaptarse a una realidad social que ha ido cambiando en los últimos años. No solo el SAD necesita una evaluación para poder introducir cambios acordes a las necesidades, sino también el resto de los recursos de atención y cuidado dirigidos a personas en situación de dependencia.

**Los servicios y recursos públicos**, para ser óptimos deben responder a los criterios de **suficiencia, accesibilidad y calidad**. Tal como se recogía en párrafos anteriores, estos servicios han de adaptarse a una sociedad cambiante, a un contexto diferente al escenario en el que fueron forjados.

**El diseño, planificación y evaluación de los recursos públicos de atención y cuidado** han de **incorporar**, además, indiscutiblemente, **la perspectiva de género**. Esto es fundamental para que resulten proporcionadas, contribuyan a fomentar la igualdad real entre mujeres y hombres y ayuden a reducir la brecha de cuidados existente, porque tal como se ha recogido previamente, han sido tradicionalmente ellas las responsables de la provisión de cuidados en las familias; y actualmente, continúan siendo las principales cuidadoras.



**Disponer de los cuidados necesarios ha de considerarse un derecho fundamental**, en especial en aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad y cuando el coste de cuidar condiciona negativamente las vidas de las mujeres, limitando sus oportunidades y sus proyectos. Se debe tender a una **universalización de los cuidados** y al **reconocimiento de las aportaciones que las mujeres han hecho históricamente** a la sociedad en la **provisión de bienestar**.

### III. OBJETIVOS

Este diagnóstico que a continuación se presenta, tiene como objetivo:

#### 1. General

**Conocer la realidad en torno a los cuidados en Huarte-Uharte**, para poder reflexionar de forma individual y colectiva sobre este ámbito vital para los seres humanos y así, poder **desarrollar políticas públicas acordes a las necesidades existentes**.

#### 2. Específicos

- Analizar **cuál es la idea que se tiene sobre los cuidados** en Huarte-Uharte –qué son, cómo se llevan a cabo, con qué recursos se cuenta, qué servicios son necesarios, etc.-.
- Conocer la **situación, necesidades y demandas; así como buenas prácticas** de familias, profesionales, y sociedad general de Huarte-Uharte, sobre los cuidados.
- Conocer el **reparto de los trabajos de cuidados**: a) entre mujeres y hombres de la localidad y b) entre administración, familias, ciudadanía en general, etc.

### IV. METODOLOGÍA Y FASES DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se recoge la metodología empleada para la elaboración del diagnóstico, así como las fases que han tenido lugar en el desarrollo de la investigación.

#### 1. Metodología utilizada

En primer lugar, se ha llevado a cabo una **Revisión bibliográfica**, a través de estudios e investigaciones de referencia sobre el objeto de análisis de este informe estatal, autonómica y también local. Esto se ha llevado a cabo a partir de diferentes fuentes de información -libros, artículos, material digital, etc., de instituciones, entidades privadas, etc.-. Con esta metodología de búsqueda de artículos y documentación especializada, se ha podido observar la importancia y necesidad de elaborar políticas públicas en torno a los cuidados, resultando los mismos una herramienta clave para el bienestar social y comunitario.

En segundo lugar, la **metodología** que se ha utilizado en este trabajo es **mixta**; es decir, combina la metodología **cuantitativa y cualitativa**.

La **metodología cuantitativa** es necesaria, ya que ha permitido poder obtener datos concretos y de esta forma constatar cuál es la realidad de la que se parte.

La **metodología cualitativa** -en la que se ha basado principalmente este informe-, tiene como objetivo el examen de la persona en su interacción con el entorno teniendo en cuenta la complejidad de las relaciones humanas (Monje, 2011).

Lo que en este acaso ha implicado el análisis de las vivencias y valoraciones: a) de las personas profesionales que trabajan en torno a los cuidados (trabajadoras sociales, educadoras, trabajadoras familiares, etc.); b) de los grupos sociales en general, con especial incidencia de las Asociaciones feministas y de mujeres, Asociaciones de Padres y Madres (APYMAS), las personas jubiladas organizadas y representantes de asociaciones, etc. y c) de las mujeres consideradas informantes claves en relación al tema de cuidados.

Es decir, la metodología cualitativa pretende examinar la realidad mediante el análisis de los discursos para facilitar el conocimiento de vivencias, experiencias y perspectivas de los diferentes grupos establecidos, en este caso, tres concretamente: 1) Profesionales; 2) Asociaciones y grupos sociales, y 3) Mujeres. Razones todas ellas por las cuales, dicha metodología se ha considerado óptima para el objetivo de esta investigación; ya que recoge los procesos sociales, principalmente, a través de sesiones grupales, en las que se analiza el modelo de cuidados actual, siendo éste el objeto de estudio de este informe diagnóstico.

La **Técnica utilizada** para la recogida de información, dentro de la metodología cualitativa, **ha sido principalmente las sesiones de trabajo grupales**, a través de las cuales se ha llevado a cabo el análisis y la reflexión con las personas profesionales de los servicios y recursos; así como con las organizaciones de mujeres, feministas y sociales; y con las mujeres, entendidas estas como informantes claves en este ámbito.

Las **sesiones de trabajo** son una técnica utilizada habitualmente y que, en este caso, ha sido fundamental para: la creación de espacios de reflexión conjunta; además de permitir generar las condiciones necesarias para promover el intercambio de ideas, opiniones y propuestas; así como para favorecer el debate y plasmar posibles propuestas de cara a la construcción de un *nuevo modelo de cuidados en Huarte-Uharte*. Se suma a todo ello, que este tipo de sesiones dan lugar a la sensibilización, pero también a la crítica constructiva, tanto individual como colectiva, sobre la socialización de género, los estereotipos, etc. que a menudo han sido interiorizados estructuralmente sobre los cuidados. Además, el hecho de que es clave disponer de espacios para trabajar conjuntamente, desde un mismo enfoque y hacia una misma dirección en las políticas públicas y la intervención en los cuidados, resultando esta técnica esencial principalmente para la detección de *necesidades, problemáticas, demandas* y también de *buenas prácticas* que se realizan en la práctica diaria por los y las profesionales, las familias, la ciudadanía, etc.

A través de esta técnica, se ha podido conocer en mayor profundidad no sólo dichas **necesidades, problemáticas, demandas y buenas prácticas** que se llevan a cabo en Huarte-Uharte en torno a los cuidados; sino que también, al mismo tiempo, ha permitido conocer, las **valoraciones y experiencias con respecto a la atención recibida en los recursos y servicios**. Asimismo, la utilización de la metodología cualitativa ha permitido alcanzar un grado de riqueza y complejidad propia de los fenómenos sociales, que la metodología cuantitativa no puede aportar. Por lo tanto, las sesiones de trabajo han sido la herramienta cualitativa más adecuadas para el desarrollo de este informe, en el que se pretende conocer e indagar en las prácticas y en los enfoques de trabajo utilizados por las personas profesionales; así como en las experiencias vividas por las familias, ciudadanía en general y las mujeres de forma particular, en torno a los cuidados y los recursos y servicios existentes.

## 2. Fases de la Investigación

A continuación, se establecen las **fases** de la **investigación** para la realización de este diagnóstico y su consiguiente informe.

Las principales fases de la investigación han sido cinco: a) surgimiento de la propuesta de elaboración de un protocolo y su informe diagnóstico previo; b) revisión de documentación; c) planificación y diseño de la investigación; d) realización del trabajo de campo; e) análisis de resultados y redacción del informe final.

### 2.1 Surgimiento de la propuesta de elaboración de un diagnóstico sobre cuidados

La propuesta de elaborar un diagnóstico sobre cuidados en Huarte-Uharte, surge fundamentalmente de dos situaciones:

La primera, la necesidad del personal político y técnico de conocer la situación específica en relación a este tema para poder en base al mapeo realizado y los resultados hallados, **llevar a cabo políticas públicas**.

La segunda, la necesidad de –siguiendo los diferentes marcos normativos vigentes en relación a la igualdad y los cuidados -*Ley Foral 17/2019, de 4 de abril, de Igualdad entre Mujeres y Hombres; Pactos Locales por la conciliación (2004) y Plan estratégico para la igualdad entre mujeres y hombres de Navarra 2022- 2027*) conocer en profundidad qué es esto de cuidar; así como: 1) **detectar necesidades** de actualización, dificultades, demandas y **buenas prácticas**; 2) tratar de **adecuar los servicios y la intervención** a las **necesidades existentes**; 3) llevar a cabo un **cambio profundo de valores** que conduzcan a la igualdad, la equidad y la corresponsabilidad, en relación a dichos cuidado.

### 2.2 Revisión de documentación

La segunda fase de la investigación ha consistido en realización de una **revisión bibliográfica**, con especial interés en dos cuestiones: por un lado, la búsqueda de material bibliográfico en torno a los cuidados, tanto teórico como de implementación práctica. Y, por otro lado, la búsqueda de posibles buenas prácticas realizadas en el municipio, o que puedan ser trasladables de otros lugares.

### 2.3 Planificación y diseño de la investigación

El diseño de la investigación tiene que ver con la **organización del plan de trabajo** y se ha basado fundamentalmente en los siguientes pasos: 1) *elaboración del plan de trabajo y calendarización*; 2) *conformación de los diferentes grupos de trabajo y herramientas para la investigación (guión preguntas grupos, etc.)* y 3) *solicitud de datos cuantitativos*.

### 2.3.1 Elaboración del plan de trabajo y calendarización.

En primer lugar, se han detallado las acciones que se han llevado a cabo para lograr tanto el objetivo general como los objetivos específicos de este informe, junto con las fechas para su realización.

**Tabla 1. Acciones específicas para el desarrollo del diagnóstico**

| ACCIONES                                    | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Planificación y diseño                      |       |       |       |       |
| Realización de los Grupos de Trabajo        |       |       |       |       |
| Solicitud y análisis datos cuantitativos    |       |       |       |       |
| Análisis Cualitativo Grupos de Trabajo      |       |       |       |       |
| Elaboración de conclusiones e informe final |       |       |       |       |

Fuente: Elaboración propia

### 2.3.2 Conformación de los diferentes grupos de trabajo.

En segundo lugar, se han dado una serie de encuentros con el personal técnico del Área de Igualdad del Ayto. de Huarte/Uharte para: 1) realizar la programación de aquello que se pretende investigar y marcar las primeras líneas de interés; 2) consensuar el objetivo general y objetivos específicos; 3) establecer la metodología idónea para la consecución de dichos objetivos. Así como, 4) la conformación de los grupos de trabajo, tres más concretamente: el **Grupo de Profesionales**, el **Grupo del Movimiento asociativo** y el **Grupo de Mujeres**; y que han sido claves para los objetivos que se pretendían alcanzar durante las sesiones.

1. **Grupo de profesionales:** Educadoras Escuelas Infantiles, personal de los diferentes Centros educativos, Servicio de Atención Domiciliaria (SAD), Educadoras Mancomunidad, Trabajadora social del Centro de Salud, etc.
2. **Movimiento asociativo:** grupos sociales en general; con especial incidencia de las Asociaciones de Padres y Madres de la localidad (APYMAS), las personas jubiladas organizadas, organizaciones sociales y/o feministas, etc.
3. **Grupo de Mujeres:** además de los ámbitos que consideramos clave cubrir con los dos grupos anteriores, se ha considerado de especial relevancia organizar un grupo de mujeres, heterogéneo en su composición, en el que generar un debate colectivo en profundidad sobre los cuidados, por considerar a dichas mujeres informantes claves, y que además pueden llevar a cabo un análisis más complejo, interrelacionado, y estructural.

### 2.3.3 *Solicitud de datos cuantitativos*

En tercer lugar, **se ha considerado de interés aportar información estadística relativa a Huarte-Uharte de algunos indicadores: demográficos, de empleo y sociales**, principalmente. Hasta donde ha sido posible, los datos que se presentan alumbran sobre algunos aspectos de la realidad social en el territorio y su comparativa con Pamplona y el conjunto de la Comunidad Foral de Navarra (evolución de la población y crecimiento de la misma, población infantil, índices de juventud y vejez, edad media de la población, tasas de empleo, tasa de riesgo de pobreza, etc.). Sin embargo, en la mayoría de las operaciones estadísticas realizadas en Navarra, los datos no descienden a ámbitos territoriales tan pequeños como Huarte-Uharte lo que limita el conocimiento de lo que sucede en pequeñas localidades como esta. Así la información, relativa a la fecundidad, a la compatibilidad del empleo con el cuidado de menores y personas dependientes, a los apoyos que las familias disponen para el cuidado, a la dependencia y discapacidad, se refiere al conjunto de Navarra. Siendo estos datos que se consideran relevantes y que sirven de guía de tendencias que se van apuntando también en Huarte-Uharte, aunque presente especificidades propias. La fuente de toda esta información ha sido el Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat.

## 2.4 Realización del trabajo de campo

El trabajo de campo es la parte central de la investigación diagnóstica y su resultado ha permitido elaborar un **análisis de las necesidades, demandas y problemas actuales**; además de **buenas prácticas realizadas** por las personas profesionales de los recursos y servicios, por las familias, por la ciudadanía en general y por las mujeres en particular en torno a los cuidados.

La realización del trabajo de campo se ha llevado a cabo en **dos fases** fundamentalmente: 1) *recogida y análisis de datos* (cuantitativos y cualitativos); y 2) *sesiones de trabajo - Grupo de Profesionales* y el *Grupo del Movimiento asociativo y el Grupo de Mujeres-*.

### 2.4.1 *Recogida y análisis de datos*

El informe cuantitativo que se presenta procede del análisis de las siguientes fuentes secundarias:

1. Explotación del Padrón Municipal de habitantes de Huarte, Pamplona y Navarra. Años 2001, 2011 y 2021 proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra NASTAT.
2. Explotación de los datos de la estadística del Movimiento Natural de la Población de Huarte-Uharte, Pamplona y Navarra. Años 2001, 2011 y 2021 proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra NASTAT.
3. Explotación de los datos Encuesta de Población Activa (EPA) 2019, proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra NASTAT.
4. Explotación de los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de Navarra 2020, proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra NASTAT.

5. Explotación de los datos de la Encuesta Social y de Condiciones de Vida de Navarra 2019, proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra NASTAT.
6. Explotación de los datos de la Encuesta de Fecundidad en Navarra 2018, proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra NASTAT.
7. Explotación de los datos de dependencia y discapacidad, obtenidos del Observatorio de la Realidad Social de Navarra. Años 2021, 2022.

#### **2.4.2 Sesiones de trabajo con el Grupo de Profesionales y el Grupo del Movimiento asociativo y el Grupo de Mujeres**

En las sesiones de trabajo con los Grupos profesionales y con el movimiento asociativo, así como con las Mujeres (informantes claves en cuidados), se han trabajado temáticas esenciales a la hora de abordar el tema de los cuidados como son principalmente:

1. Cambios acaecidos en los últimos tiempos y que influye en los cuidados y en la provisión de los mismos (envejecimiento poblacional, fecundidad (reducción de la natalidad y retardo de la misma), diversidad familiar (nuclear, una criatura como máximo dos criaturas, familias reconstruidas, etc.), crisis económicas o sanitarias, etc.).
2. Conceptualización y características de los cuidados, con especial incidencia en la vida privada y el empleo.
3. La provisión de cuidados y su responsabilidad: administración pública, familias, redes vecinales, amistades, ciudadanía en general.
4. Los cuidados en hombres y en mujeres, los cuidados y las diferentes generaciones, etc.
5. Consecuencias *de* los cuidados y *en* los cuidados. Factores protectores y factores de riesgo.
6. Retos futuros en torno a los cuidados y posibles propuestas para Huarte-Uharte

### **2.5 Análisis de resultados y redacción del informe final**

Una vez concluido el trabajo de campo se ha llevado a cabo el **análisis de toda la información recopilada** en el transcurso de **las sesiones de trabajo con Grupo de Profesionales y el Grupo del Movimiento asociativo y el Grupo de Mujeres**; para **elaborar un primer borrador de informe**, en el que se recoge todo el proceso de investigación en diferentes apartados y en el cual han quedado plasmados los resultados y conclusiones obtenidas.

Posteriormente se han llevado a cabo reuniones con el personal técnico del Área de Igualdad del Ayto., en las que se ha realizado una revisión pormenorizada del informe y se han planteado propuestas de mejora que, posteriormente, han sido incluidas en la **elaboración del informe definitivo**.

## V. ANÁLISIS RESULTADOS

### 1. . Análisis cuantitativo

Como se ha mencionado en el marco teórico de este informe, **la situación en torno a la sostenibilidad de los cuidados y su provisión en nuestro contexto actual, tiene muchas vertientes que lo complejizan**. Además de engarzarse con **elementos estructurales** como la división sexual del trabajo o nuestro modelo de estado de bienestar familista, también se interacciona con **factores demográficos, ideológicos y sociales**. Entre los demográficos, el envejecimiento creciente de una población con una alta esperanza de vida está incrementando la carga de cuidados. Si a esto se añade, la masiva incorporación y mantenimiento del empleo de las mujeres junto con los cambios en las pautas reproductivas, en las mentalidades, en los modelos familiares, nos lleva a un escenario en el que la disponibilidad de los hogares y sobre todo de las mujeres, para un cuidado intensivo y en solitario es cada vez menor.

Es por ello, que se ha considerado de interés **aportar información estadística** relativa a Huarte-Uharte de algunos **indicadores demográficos, de empleo y sociales** tales como: la evolución de su población y características de la misma, natalidad, empleo y riesgo de pobreza. Además, es importante porque facilita el mapeo sobre la situación del conjunto de la comunidad foral, el hecho de presentar datos actuales respecto a las pautas de fecundidad, las dificultades de conciliación de la vida laboral y familiar, los apoyos al cuidado o las situaciones de dependencia; ya que no es posible descender esta información a ámbitos territoriales tan pequeños como Huarte-Uharte.

#### 1.1 Demografía

**La población de Huarte en las últimas décadas ha crecido considerablemente**. Especialmente lo hizo **entre el año 2001 y el 2011, periodo en el que duplica su población**. En la última década sigue aumentando el número de vecinas y vecinos que lo pueblan, pero de una forma más contenida. Según datos del Padrón a 1 de enero de 2021, Huarte-Uharte contabiliza 7.286 personas en la localidad, de las que el 50,4% son hombres y el 49,6% mujeres.

**Cuadro 1. Población de Navarra, Pamplona y Huarte. Años 2001, 2011 y 2021**

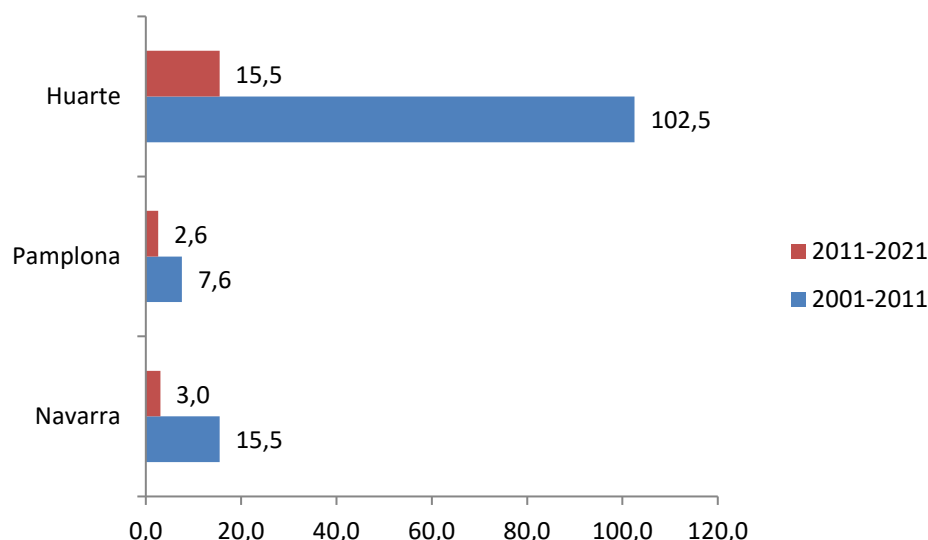
| ÁMBITO POBLACIONAL | AÑOS    |         |              |
|--------------------|---------|---------|--------------|
|                    | 2001    | 2011    | 2021         |
| Navarra            | 555.829 | 642.051 | 661.537      |
| Pamplona           | 183.964 | 197.932 | 203.081      |
| Huarte             | 3.115   | 6.309   | <b>7.286</b> |

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

Como se puede apreciar en el gráfico siguiente, la población de Huarte-Uharte entre 2001 y 2011 creció un 102,5%, mientras que la de Navarra y Pamplona lo hacían en un 15,5% y 7,6% respectivamente. Entre 2011 y 2021 los incrementos son más moderados, aunque Huarte lo sigue haciendo en un 15,5% mientras que Navarra y Pamplona aumentan un 3% y un 2,6%.



**Gráfico 1. Variación porcentual de la población de Navarra, Pamplona y Huarte entre 2001, 2011 y 2021**



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

**Otra de las características de Huarte-Uharte** en relación al conjunto de la Comunidad y también con respecto a Pamplona, **es su mayor juventud**. Como se puede apreciar en los cuadros siguientes, el porcentaje de población menor de 15 años sobre el total, es más elevado en Huarte-Uharte que el conjunto de Navarra y Pamplona en los tres periodos de tiempo seleccionados (2001, 2011 y 2021). En el año 2021 el 21% de la población que reside en Huarte tiene menos de 15 años frente al 15,1% en Navarra y el 13,2% de la capital navarra.

**Cuadro 2. Porcentaje de población de 0 a 14 años sobre población total**

| ÁMBITO POBLACIONAL | AÑOS |      |      |
|--------------------|------|------|------|
|                    | 2001 | 2011 | 2021 |
| Navarra            | 13,7 | 15,4 | 15,1 |
| Pamplona           | 13,1 | 13,8 | 13,2 |
| Huarte             | 16,0 | 21,7 | 21,0 |

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

Según datos del Instituto de Estadística de Navarra, el índice de dependencia juvenil para Huarte-Uharte<sup>1</sup> en 2021 es del 31,4 y el índice de dependencia senil<sup>2</sup> se sitúa en 18,3. Comparten datos similares otras localidades que probablemente tienen en común características de desarrollo y expansión urbanística como Berriozar, Orcoyen, Noain, Zizur o Ansoáin. **Esto también nos pone de manifiesto que, aunque las necesidades de cuidados hacia la población más anciana van en aumento, aun tenemos en nuestro entorno una importante necesidad de cuidado hacia la población infantil y juvenil.**

<sup>1</sup> Relación entre la población <15 años y la población entre 15 y 64 años (%).

<sup>2</sup> Relación entre la población >64 años y la población entre 15 y 64 años (%)

La **edad media de su población** también nos indica esta mayor juventud en Huarte-Uharte. En 2021 la edad media de esta localidad es de 38,9 años frente a los 43,5 en Navarra y 44,9 en Pamplona. La bajada de la edad media en el año 2011 viene a reflejar esa afluencia de población joven en los años de nueva construcción de viviendas. No obstante, en la última década, se aprecia la tendencia a la subida de la edad media en Huarte. En el caso de Navarra la edad media se sitúa en 43,5 años -44,7 en el caso de las mujeres y 42,4 en el caso de los hombres-. La Comunidad Foral se sitúa en unos parámetros similares a la media estatal.

**Cuadro 3. Edad media de la población en Navarra, Pamplona y Huarte. Años 2001, 2011 y 2021**

| EDAD MEDIA | AÑOS |      |      |
|------------|------|------|------|
|            | 2001 | 2011 | 2021 |
| Navarra    | 41,1 | 41,6 | 43,5 |
| Pamplona   | 41,2 | 43,0 | 44,9 |
| Huarte     | 39,9 | 35,9 | 38,9 |

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

El **porcentaje de población en la primera infancia (0 a 3 años) en Huarte-Uharte** es destacable sobre todo en el año 2011. Hay un 8,3% de criaturas en estas edades, porcentaje que casi duplica al de Navarra y está 4,5 puntos por encima del de Pamplona. No obstante, se observa la tendencia decreciente en los últimos años en la localidad, ya que en 2021 los porcentajes de los tres ámbitos territoriales se acercan: un 3,3% en Navarra, un 3,1% en Pamplona y un 3,6% en Huarte-Uharte.

**Cuadro 4. Porcentaje de población de 0 a 3 años sobre población total**

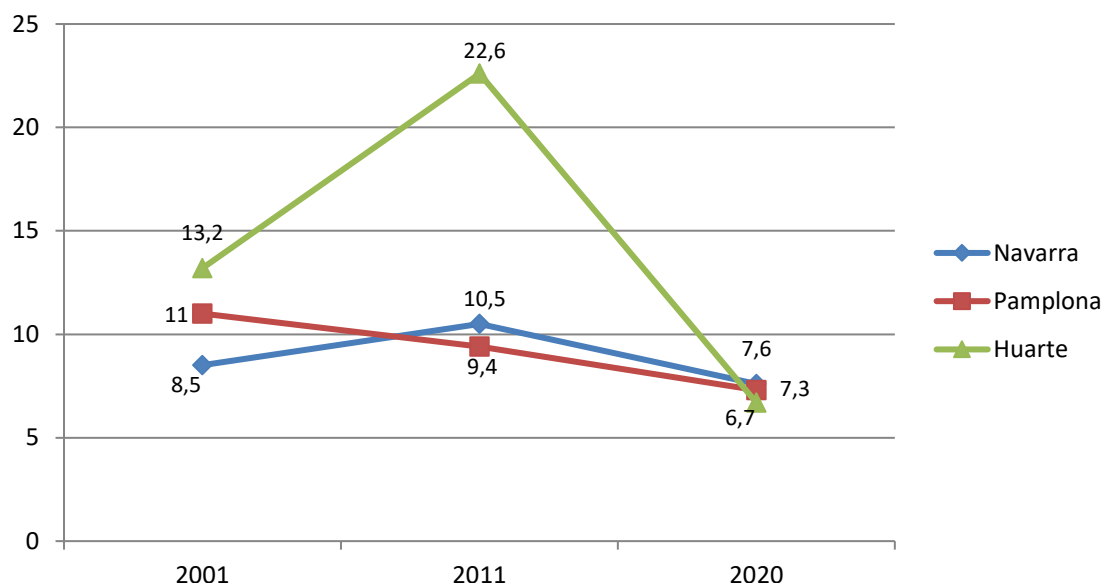
| ÁMBITO POBLACIONAL | AÑOS |      |      |
|--------------------|------|------|------|
|                    | 2001 | 2011 | 2021 |
| Navarra            | 3,5  | 4,4  | 3,3  |
| Pamplona           | 3,5  | 3,8  | 3,1  |
| Huarte             | 4,1  | 8,3  | 3,6  |

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

Las **tasas brutas de natalidad**<sup>3</sup>, nos señalan lo que ya se viene apuntando en párrafos anteriores. Huarte-Uharte parte en 2001 de una tasa bruta de natalidad del 13,2, por encima de las de Navarra (8,5) y Pamplona (11,0). En 2011 la tasa de Huarte logra su pico más alto (22,6) con diferencias muy acusadas de las tasas de Navarra y Pamplona. Sin embargo, esta tendencia cambia y experimenta un descenso muy destacable, ya que en 2021 su tasa bruta de natalidad (6,7) se sitúa por debajo de la de Navarra (7,6) y Pamplona (7,3).

<sup>3</sup> Relación entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto periodo y la cantidad total de población en ese mismo periodo.

**Gráfico 2. Tasas brutas de natalidad de la población en Navarra, Pamplona y Huarte. Años 2001, 2011 y 2021**



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

Se evidencia en los datos que a Huarte-Uharte, particularmente entre el año 2001 y 2011 ha llegado –coincidiendo con el boom inmobiliario anterior a la crisis del 2008- un importante contingente de población joven en edad de tener criaturas y han ocurrido muchos nacimientos en este periodo. **No obstante, esta tendencia al alza se ha frenado** en los últimos años y los indicadores actuales comienzan a mostrar **tendencias**, aunque todavía moderadas por el peso de las generaciones jóvenes y adultas, **hacia el incremento gradual del peso de la población mayor de 65 años.**

En 2001 un 17,8% de la población de Huarte era mayor de 64 años, un porcentaje muy similar al de Navarra y Pamplona en ese mismo año. En 2011 este porcentaje cae y se sitúa en un 11,1%, una evolución acorde con el crecimiento en Huarte-Uharte de la población infantil, juvenil y en edades centrales en ese periodo. En el año 2021 la proporción de personas mayores de 64 años comienza a subir y se sitúa en un 12,2%.

**Cuadro 5. Porcentaje de población de 65 y más años en Navarra, Pamplona y Huarte. Años 2001, 2011 y 2021**

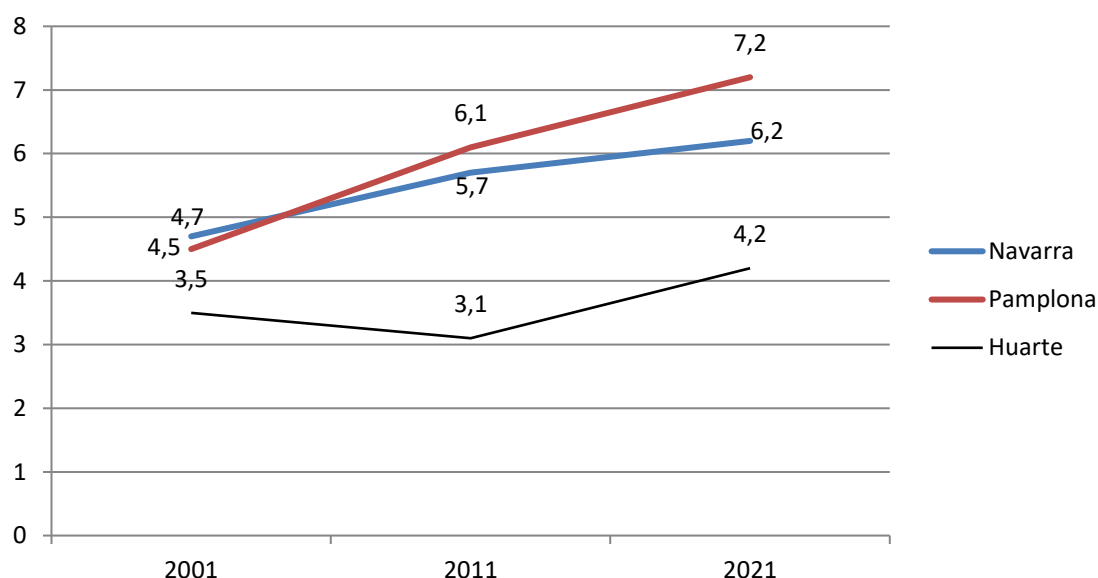
| ÁMBITO POBLACIONAL | AÑOS |      |      |
|--------------------|------|------|------|
|                    | 2001 | 2011 | 2021 |
| Navarra            | 18,2 | 17,6 | 19,9 |
| Pamplona           | 17,6 | 19,5 | 22,4 |
| Huarte             | 17,8 | 11,1 | 12,2 |

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

Otro indicador del peso de la población de más edad, es el **índice de envejecimiento**<sup>4</sup>, que nos apunta tendencias similares a las ya comentadas anteriores. En el año 2021, en Navarra era 132,2, en Pamplona 170,0 y en Huarte-Uharte 58,4.

En consonancia con los datos anteriores, y a la vista del gráfico siguiente, se puede señalar que el peso de la población más anciana (80 y más años) es mayor en Navarra y Pamplona que en Huarte-Uharte. Sin embargo, en la evolución de lo que ocurre en esta localidad en los años estudiados, se puede apreciar que el porcentaje de población de 80 y más años presenta dos tendencias opuestas. Descenso de 0,4 puntos entre 2001 y 2011 y aumento más significativo (1,1 puntos) entre 2011 y 2021. En los últimos años se apunta una tendencia creciente en este municipio del peso de la población anciana.

**Gráfico 3. Porcentaje de población de 80 y más años en Navarra, Pamplona y Huarte. Años 2001, 2011 y 2021**



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

Y es que la **esperanza de vida** ha ido creciendo en las últimas décadas. En 2020 la esperanza de vida en Navarra se sitúa en 83,36 años; siendo de 86,01 para las mujeres y de 80,72 para los hombres, valores que están por encima de la media estatal. Es un factor también a considerar, porque si bien el aumento de los años que las personas viven es un elemento positivo, tiene otras consecuencias en lo que a dependencia y necesidades de cuidados con mayor prolongación en el tiempo se refiere.

En resumen, Huarte-Uharte es una población más joven que la del conjunto de la comunidad foral y la de Pamplona. Sobre todo fruto de la afluencia entre 2001 y 2011 de personas jóvenes que han tenido descendencia. Esto hace que los indicadores de envejecimiento sean más bajos en esta localidad que en Navarra y Pamplona.

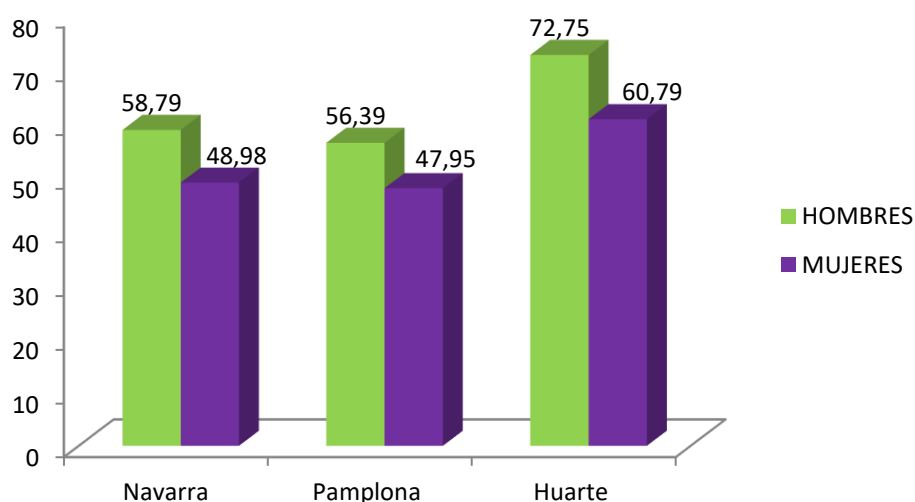
<sup>4</sup> Relación entre personas mayores de 65 años y menores de 15 años

No obstante, en los últimos años este crecimiento poblacional se ha moderado y el número de nacimientos ha descendido considerablemente, lo que da lugar a que los indicadores de envejecimiento presenten tendencias al alza.

## 1.2 Empleo y riesgo de pobreza

La participación de las mujeres en el mercado laboral, su incorporación al empleo, la permanencia en el mismo y el importante contingente de población en edad de trabajar, se evidencian en los datos relativos a Huarte-Uharte. En el año 2019 sus tasas de empleo son mayores que las de Navarra y Pamplona, tanto las de los hombres como las de las mujeres. Las tasas de empleo femeninas están 12,8 puntos por encima de las de Pamplona y 11,8 de las de Navarra. Pese a ello, sigue apreciándose diferencias notables entre las tasas de empleo de hombres y mujeres. La de ellos un 72,75 frente al 60,79 de las mujeres, lo que representa 11,9 puntos de desigualdad en su incorporación al empleo.

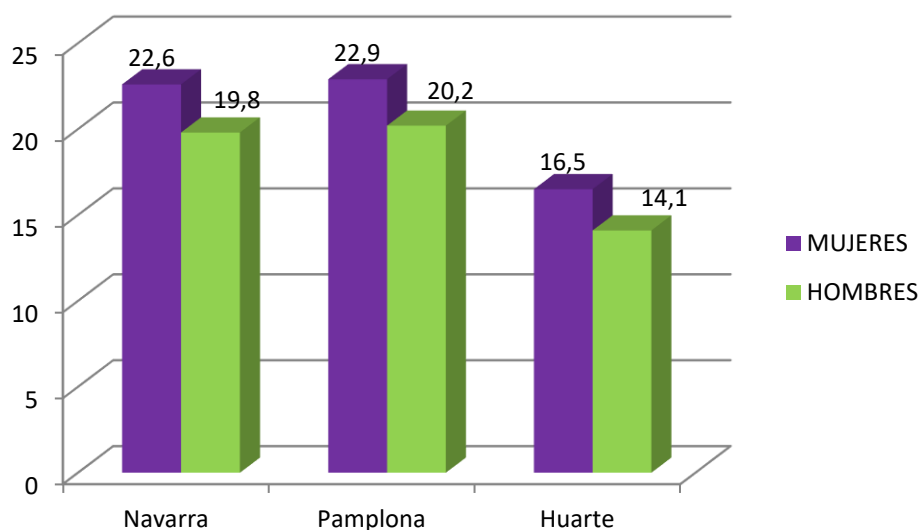
**Gráfico 4. Tasas de empleo de la población de 16 y más años por sexo en Navarra, Pamplona y Huarte. Año 2019**



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

**El riesgo de caer en la pobreza es mayor en las mujeres que en los hombres**, situación de desventaja recurrente en otros ámbitos territoriales y también en Huarte-Uharte, Pamplona y Navarra. En el año 2019, en Huarte, un 16,5 de mujeres frente al 14,1 de los hombres. Sin embargo, las diferencias territoriales son mayores que las de género. De hecho, Huarte se presenta como un espacio donde el riesgo de caer en la pobreza es menor que el de Pamplona y el del conjunto de la comunidad foral. Y sucede tanto en el caso de las mujeres como de los hombres (16,5 frente al 22,9% y 22,6% respectivamente entre ellas y 14,1 frente al 20,2% y 19,8 % entre ellos).

**Gráfico 5. Tasa de riesgo de pobreza<sup>5</sup> en Navarra, Pamplona y Huarte. Año 2019**



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

### 1.3 Fecundidad y pautas reproductivas

A continuación, se presentan una serie de datos que ilustran y contextualizan el tema de los cuidados en Navarra. Los datos proceden de la información de dos Encuestas: *La Encuesta de Fecundidad 2018* y *la Encuesta Social y de Condiciones de Vida de 2020*. Los datos, son referidos al conjunto de la Comunidad Foral<sup>6</sup>.

**El 41,3% de las mujeres entre 18 y 55 años, no ha tenido descendencia mientras que el 58,7% si la tiene.** Como se puede apreciar -y aunque la mayoría de las mujeres de estas edades tienen criaturas-, la proporción de mujeres que **no tienen hijos/as** es también elevada, una **tendencia creciente en los últimos años** y que nos da cuenta del cambio en las pautas reproductivas de las nuevas generaciones, situación esta que va a incidir en el **menor sostén familiar para los cuidados**.

Además, cuando se tiene descendencia esta es escasa, ya que **el número medio de hijas/os por mujer en Navarra es del 1,15, muy por debajo del de reemplazo generacional**. Además, **la maternidad se retrasa cada vez más**. Lo prueba que el 45,4% de mujeres accede como media a la maternidad entre los 40 y 49 años. Y que **la maternidad no es motivo de abandono del empleo** lo confirma el 72,6% de actividad entre las mujeres que son madres.

<sup>5</sup> La tasa de riesgo de pobreza se calcula tomando como umbral de pobreza el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo (escala OCDE modificada) tomando la distribución de personas. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.

<sup>6</sup> Debido a los tamaños de la muestra, no se dispone de esta información para localidades como Huarte

| INDICADOR                               | DATO  |
|---|---|
| Existencia de hijos/as                  | el 58,7% tienen hijas/os mientras que el 41,3% de las mujeres de 18 a 55 años no los tienen |
| Nº medio de hajas/os                    | 1,15  |
| Edad a la maternidad                    | El 45,4% de las mujeres tienen entre 40 y 49 años   |
| Porcentaje de “actividad” de las madres | 72,6%   |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la **Encuesta de Fecundidad 2018 Navarra** dirigida a mujeres de 18 a 55 años proporcionados por Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

Resulta también notable destacar que **una de cada tres mujeres no está satisfecha con el número de hijos/as que ha tenido y casi la totalidad de ellas, (el 95%), hubiera tenido más.** Además de los motivos biológicos, nos interesa reseñar que el 18,3% de las mujeres señala que la **dificultad para conciliar la vida familiar y laboral** ha tenido un peso importante como razón y un 10% las **dificultades económicas**.

| INDICADOR   | DATO  |
|---|---|
| Descendencia deseada  | un 33,6% de las mujeres con descendencia hubiera tenido un numero distinto de hijos/as del que tiene y el 95% de ellas hubiera tenido más   |
| Motivos de quienes hubieran tenido más hijos/as (primer motivo) | Dificultad para llevar el embarazo a término (19,4%), dificultad para conciliar la vida familiar y laboral (18,3%), demasiada edad para tener hijos/as (13,4%) y dificultades económicas (10%). |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la **Encuesta de Fecundidad 2018 Navarra** dirigida a mujeres de 18 a 55 años proporcionados por Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

**Cuidar en condiciones cuesta y se traduce en tiempo y dinero.** Cuando la disponibilidad de tiempo de las familias (principalmente el de las mujeres) es menor, se necesitan más recursos públicos que apoyen este cuidado. Así lo afirman **el 82,8% de las mujeres que opina que el Estado debiera apoyar la natalidad** y lo concretan con una serie de medidas: a) las que tienen que ver con las leyes para que en el mercado laboral se favorezca la flexibilidad de horarios y tiempos para cuidar, permisos o días reconocidos para hacerlo, reducciones de jornadas u otras medidas que supongan un apoyo para la crianza; b) asignaciones económicas y c) la mejora de los servicios y recursos del cuidado de menores.

| INDICADOR                                   | DATO   |
|---|--|
| Incentivación de la natalidad por el estado | El 82,8% de las mujeres piensa que la natalidad debe ser incentivada por el estado   |
| Medidas                                     | 1. Que tienen que ver con la regulación y legislación del mercado laboral (flexibilidad en horarios y tiempos, excedencias, reducciones de jornada, permisos paternidad/maternidad; 2. Que tienen relación con asignaciones económicas; 3. Que tienen que ver con la mejora de servicios y recursos (escuelas infantiles y guarderías) |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la **Encuesta de Fecundidad 2018 Navarra** dirigida a mujeres de 18 a 55 años proporcionados por Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

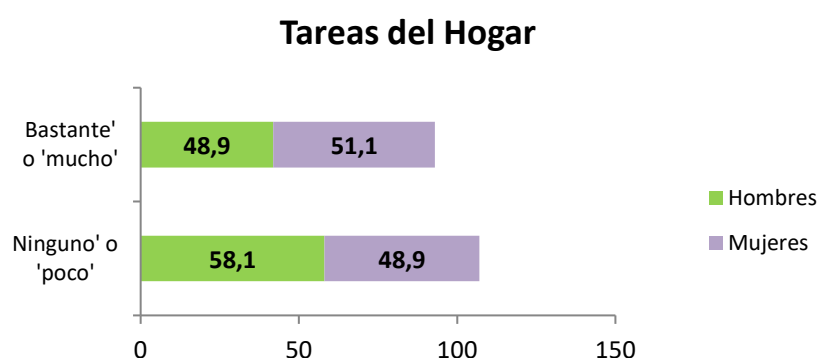
## 1.4 Conciliación de la vida laboral y familiar y apoyos a los cuidados

En relación al nivel de esfuerzo que para mujeres y hombres supone compaginar el empleo con una serie de tareas cabe destacar lo siguiente:

El nivel de esfuerzo que mujeres y hombres deben hacer de cara a compatibilizar el empleo con las tareas domésticas y de cuidados, expresa la desigual dedicación que unas y otros tienen en relación a estos trabajos. Como se puede apreciar en los datos que muestran los gráficos siguientes, **las mujeres tanto en las ocupaciones propiamente domésticas como en el cuidado de personas, señalan un nivel de esfuerzo mayor que los hombres para compatibilizar estas actividades con el empleo**. En este punto cabe recordar también otro concepto vinculado a los cuidados y que tiene que ver con el género, el de la doble jornada, cuando las mujeres tienen un empleo en el mercado laboral y son las principales responsables del trabajo doméstico y de cuidados.

Empezando por las tareas del hogar, de hecho, se observa cómo el porcentaje de personas que tiene que hacer mucho o bastante esfuerzo para compaginar el empleo con estas es mayor entre las mujeres (51,1% frente a 48,9% entre los hombres), mientras que el porcentaje de personas que no necesitan realizar ningún o poco esfuerzo es mucho mayor entre los hombres (58,1% frente a 48,9% entre ellas). No obstante, en este terreno se observan cambios en el reparto de los sexos, ya que hay mayor asunción por parte de los hombres de las tareas domésticas y los datos indican menor desigualdad que en área de los cuidados.

**Grafico 6. Nivel de esfuerzo de la Población de 15 y más años de Navarra para compaginar el trabajo con las tareas del hogar por sexo. Año 2020**



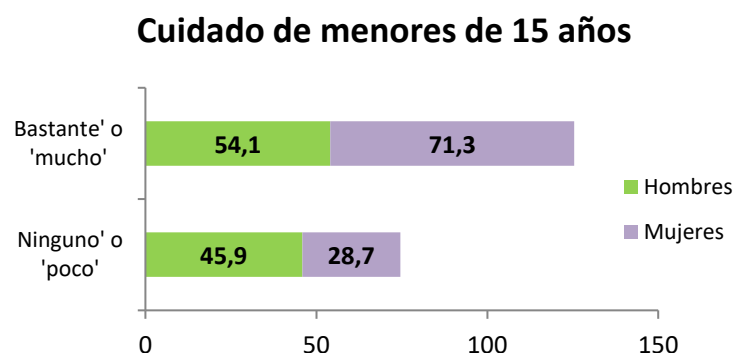
Fuente: Encuesta Social y de Condiciones de Vida 2020 proporcionados por Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

Cabe destacar que **conciliar el empleo con el cuidado de menores se presenta como la tarea que requiere un mayor nivel de esfuerzo tanto para hombres como para las mujeres**. Compaginar el empleo con las necesidades de cuidados de menores de 15 años, de hecho, requiere mucho o bastante esfuerzo al 71,3% de las mujeres, frente al 54,1% de los hombres; mientras que requiere poco o ningún esfuerzo al 45,9% de ellos, frente al 28,7% de ellas.



Es el ámbito de mayor desigualdad para las mujeres, ya que hay 17,2 puntos de diferencia entre los sexos. No es de extrañar que las mujeres señalen dicho mayor esfuerzo, ya que en las encuestas que miden los tiempos que dedican hombres y mujeres al cuidado así lo refrendan. Según datos de la Encuesta sobre Conciliación de la Vida Laboral, Familiar y Personal en el País Vasco (2015), las mujeres empleadas dedican 4,5 horas diarias al cuidado de menores de 15 años, y los hombres empleados 2,9 h. Cabe recordar el cuidado intensivo que supone el mantenimiento de la vida en los extremos de edad. En concreto, las criaturas menores de 5 años consumen 2.444 horas anuales o 6,69 horas al día de trabajo doméstico y otro tanto las personas mayores de 80 años (Durán, 2018)<sup>7</sup>.

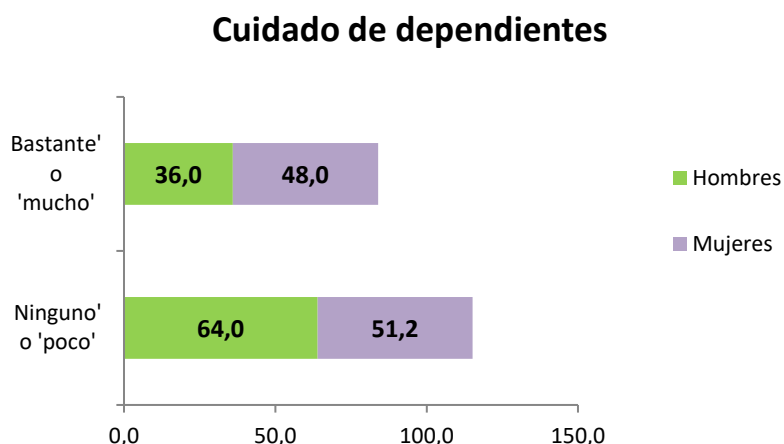
**Grafico 7. Nivel de esfuerzo de la Población de 15 y más años de Navarra para compaginar el trabajo con el cuidado de menores de 15 años por sexo. Año 2020**



Fuente: Encuesta Social y de Condiciones de Vida 2020 proporcionados por Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

Respecto al **esfuerzo realizado para compatibilizar empleo con el cuidado de personas dependientes** siguen apreciándose las **diferencias entre los sexos**. Para el 48% de las mujeres supone bastante o mucho esfuerzo frente al 36% de los hombres que también lo declaran así, son 12 puntos de desigualdad entre dichos sexos. Cabe señalar que una buena parte de estos cuidados son proporcionados por personas que rebasan la edad de la jubilación y no tienen que compatibilizarlo con un empleo. Según datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008), el 60% % de de hombres mayores de 65 años y el 78% de mujeres de esas mismas edades, tienen una alta dedicación de cuidado de personas crónicas y mayores (20 h./semana o +).

**Grafico 8. Nivel de esfuerzo de la Población de 15 y más años de Navarra para compaginar el trabajo con el cuidado de dependientes por sexo. Año 2020**



Fuente: Encuesta Social y de Condiciones de Vida 2020 proporcionados por Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

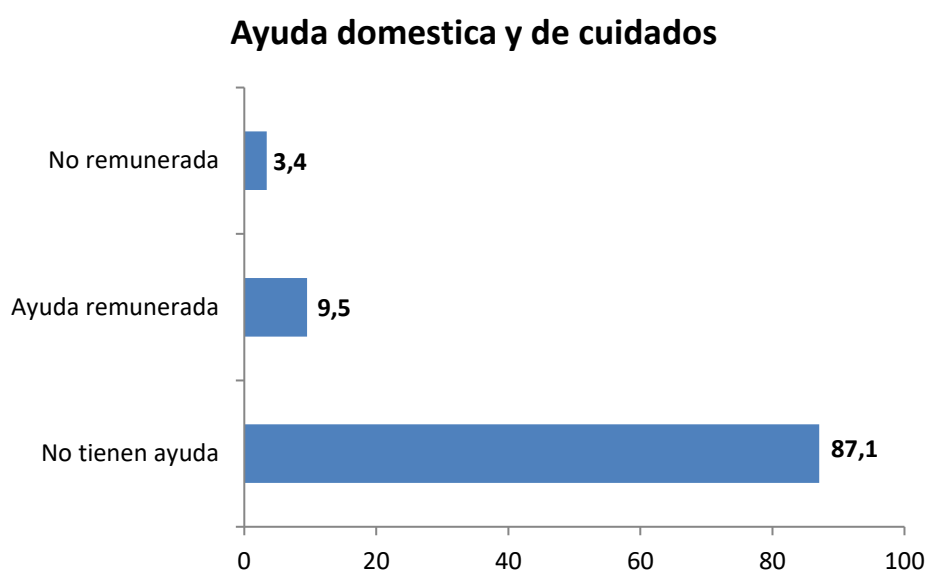
**Proyectamos de distinta manera los cuidados dirigidos a las criaturas que a las personas mayores.** Hay una distinta interiorización social de la responsabilidad que tienen las familias y las instituciones públicas en los cuidados de menores o de las personas mayores dependientes o con discapacidad. El cuidado de **menores se asume más como una responsabilidad familiar**, que el cuidado de las personas mayores. El deber del cuidado de la progenie, está inscrito más profundamente en nuestro inconsciente colectivo que cualquier otro.

Esto también explica que, aunque las parejas y sobre todo las mujeres, tienen especiales dificultades para conciliar vida laboral y el cuidado de sus criaturas; sin embargo, **las mayores demandas y exigencia de responsabilidades dirigidas al Estado se realizan en torno a los cuidados de personas ancianas y dependientes.** En caso de necesitar cuidados las personas mayores dependientes y no poder recibirlos de otro modo, más del 60% considera que la responsabilidad sería del Estado, mientras que en caso de necesitar cuidados las y los menores y no poder recibirlos de otro modo el porcentaje de responsabilidad adjudicado al Estado sería del 50% (Durán, 2017).

En relación a los **apoyos externos a las familias** que tienen los hogares en Navarra **para las tareas domésticas y de cuidados**, cabe señalar que según los datos la Encuesta Social y de Condiciones de Vida 2020, un 12,9% de los hogares navarros reciben algún tipo de **ayuda**, de la que el 9,5% es **remunerada** siendo significativamente más alta, en los hogares de niveles económicos más altos. La ayuda no retribuida se cifra en un 3,4%. No obstante, cabe **señalar el peso que abuelos y abuelas tienen en el cuidado de menores.**

Según datos de la Encuesta de Hogares 2004, el 20% de hogares españoles con menores de 13 años recurrían habitualmente a abuelos/as para su cuidado y el 17% esporádicamente. En consonancia con estas cifras están los datos más recientes de la Encuesta realizada en Zizur Mayor en 2017 en hogares de padres y madres con menores de 18 años, quienes afirmaban que un 30,3% recurren a las abuelas y un 23,3% a los abuelos.

**Gráfico 9. Existencia o no de ayuda externa que tienen los hogares de Navarra para las tareas domésticas y de cuidados y tipo de ayuda. Año 2020**



Fuente: Encuesta Social y de Condiciones de Vida 2020 proporcionados por Instituto de Estadística de Navarra (Na) Stat

### 1.5 Dependencia y discapacidad

Según datos del Observatorio de la Realidad Social, en el año 2021 el número de personas con **dependencia reconocida**, en todos los grados, era de 17.044; 10.968 mujeres y 6.076 hombres. Una década antes, en el 2011, eran 13.851 las personas que tenían reconocido algún grado de dependencia. Una **evolución creciente** que se observa sobre todo a partir del año 2015, para descender en el año 2020 por la situación COVID-19 y que vuelve a subir en 2021 y 2022. En lo relativo a la **discapacidad**, el número de personas **reconocidas** en febrero de 2022 era de 35.901; 19.199 hombres y 16.701 mujeres.

En la relación a la distribución por sexo de ambas situaciones, **la dependencia tiene un perfil feminizado** (el 64,3% mujeres y el 35,7% hombres), mientras que **con la discapacidad ocurre lo contrario**, ya que el 53,5% son hombres frente al 46,5% de mujeres. No obstante, el último Informe sobre Discapacidad en Navarra 2020 apunta a una **tendencia al alza de la discapacidad femenina**, en buena parte señala dicho informe, por el acercamiento de pautas y hábitos de vida de ambos sexos.

Otro elemento a destacar es que, aunque la tasa de discapacidad femenina es menor, **las mujeres son mayoría** en el grupo que representa a la **discapacidad de mayor gravedad**. Esta afirmación se desprende de que el 56,1% de las personas dependientes que tienen reconocida discapacidad en su más alto grado (igual o mayor que el 75%), son mujeres.

Si atendemos a los datos relacionados con las **prestaciones vinculadas a las situaciones de dependencia**, en febrero de 2022, 16.260 personas reciben algún tipo de prestación reconocida en la Ley y en la Cartera de Servicios Sociales de Navarra. De los 9 tipos de prestaciones relacionadas con este ámbito, el Observatorio ha cuantificado que 8.669 son **ayudas económicas para la atención en el domicilio**. Es decir, **más de la mitad** de las prestaciones están destinadas al apoyo de los cuidados que se realizan en el entorno familiar. No obstante, **no son suficientes para cubrir el gasto que supone para las familias la contratación de profesionales para el cuidado en el domicilio**. Según datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008), el 21% de los hogares españoles tienen la expectativa de **no disponer de ayuda en caso de necesitar cuidados** y lo que es aún más relevante: el 60% de hogares con cuidados **muy intensivos y frecuentemente de larga duración**, como sucede con las personas enfermas de Alzheimer, no pueden comprar los servicios de cuidado de una persona trabajadora a tiempo completo, ni siquiera pagando el S.M.I. porque **rebasaría el 33% de los ingresos del hogar**. Cabe pues, prestar una atención especial a aquellos **hogares más vulnerables económicamente** porque se encontrarán con pocas posibilidades de acudir al mercado, o los servicios privados.

## 2. Análisis cualitativo

El análisis cualitativo que a continuación se presenta, se centra en ocho ámbitos claves en relación a los cuidados: el primero, los cambios acaecidos en las últimas décadas haciendo una mención especial a la situación de pandemia. El segundo, cómo se conceptualizan los cuidados. El tercero, las características que tiene los cuidados en las sociedades actuales en estados de bienestar familistas. El cuarto, cómo se realiza la provisión de cuidados y su reparto entre: la familia, el estado y el mercado. El quinto, las consecuencias que tienen los cuidados, principalmente para las personas cuidadoras; así como los factores protectores frente a los mismos. El sexto, los retos que actualmente tiene la sociedad frente a los cuidados. Y el séptimo, y último, las propuestas de reflexión y acción que se han recogido a lo largo de toda la investigación.

### 2.1 Cambios acaecidos en las últimas décadas y también durante y posteriormente al COVID 19

El gran asunto de los cuidados a las personas es crucial dado que, las dimensiones y los factores implicados en el tema son complejos y profundos porque tocan las raíces del sistema en su sentido más global. Y que van, desde factores económicos y estructurales imbricados en el sistema sexo-género como la división sexual del trabajo y la interiorización de las identidades de género; hasta factores demográficos, educativos, y de socialización; pasando por modelos familiares, modelos de estado y políticas públicas.

Entre los cambios más relevantes, las personas que participaron en los grupos, señalaron los siguientes:

**El envejecimiento de la población** fruto del aumento de la esperanza de vida:

“También en los cambios con respecto a la edad, lo que vemos ahora es que hay que atender a personas cada vez más mayores. Se vive más. Y que la atención ahora sí que hace falta... Antes más la atención era por parte de las mujeres y porque la mujer no trabajaba y se quedaba en casa, pero ahora sí que hace falta red de fuera [...] red pública, red privada [...] hay mucha “interna” en las casas”.

GP

Las consecuencias de la división sexual del trabajo, previamente recogida, son de dos tipos; dependiendo de la edad de las personas implicadas: mayores y jóvenes.

Respecto a las personas mayores, recoger las consecuencias que **la división sexual del trabajo** -bajo el modelo tradicional de asignación de roles y tareas: hombre ganador de pan vs. mujer ama de casa y cuidadora-, tienen sobre las mujeres. Algunas de las participantes de más edad, ya jubiladas señalan: por un lado, la situación de **precariedad y pobreza** que soportan las mujeres más mayores que vivieron bajo dicho modelo tradicional y se han quedado **viudas** habida cuenta de la mayor esperanza de vida de ellas. Y, por otro lado, que el envejecimiento tiene rostro de mujer:

“[...] en mi generación había un porcentaje muy elevado de mujeres que no trabajaban fuera de casa. Entonces estas mujeres se quedaban en casa, cuidando hijos, cuidando padres y cuidando suegros. Eso era claro, es así. Entonces estas mujeres, encima, si se quedan viudas, a lo largo de la vida tienen poco dinero porque no han trabajado [...] no han trabajado remuneradamente [...] entonces es el pez que se come la cola [...] ósea que no van a cobrar un sueldo más que de viudedad. Toda la vida trabajando, no remunerado, es un trabajo por amor, por amor. Entonces en nuestra generación se junta todo, las mujeres más pobres, y es que todo, hemos dado la vida por los padres, por los suegros, por los hijos...”

GA

“[...] era trabajo de mujeres ¿no?”

GA

“[...] sí, que las mujeres nos cargábamos con todo, con todo el trabajo”

GA

Una mujer ya jubilada señala la importancia de defender la autonomía económica de las mujeres como algo a transmitir a las siguientes generaciones de mujeres:

“Y a la generación siguiente a la mía, desde luego, siempre se les inculcará y siempre les tenemos que inculcar que las mujeres trabajen, que se valgan por sí mismas, que no dependan de nadie, que sean ellas, eso las mujeres sobre todo ¿no?”

GA

En relación a las de mediana edad y las más jóvenes, comentar que **la masiva incorporación de las mujeres al mercado laboral**, así como el mantenimiento del empleo de las mujeres casadas en uniones estables o con criaturas, en su expresión más actual se ha denominado la *nueva división sexual del trabajo*.

Esta tiene aparejada la doble jornada y la doble presencia de las mujeres, en el ámbito público y en el privado. Una situación de desigualdad que se sigue constatando en cifras, ya que el reparto del trabajo doméstico y de cuidados, no se ha realizado en la misma medida que la incorporación de las mujeres al empleo. La referencia a la necesidad de que los hombres se unan en mayor medida a estas tareas reproductivas es clara; también una mayor asunción de dichas tareas por parte del Estado:

“Yo creo que eso de caérsete el velo; precisamente todos estos cambios que hemos ido sufriendo, lo que ha generado es una carga tremenda. El darse cuenta realmente de la carga, porque claro, cuando no trabajas fuera de casa te puedes dedicar a cuidar y demás, pero cuando trabajas fuera de casa y ves que no hay una correlación de la persona que está a tu lado, del sexo masculino, eso es el caérsete la careta. Aquí no hay una equidad, aquí pasa algo, aquí hay que hacer algo entre nosotros -la pareja-, y también la administración a ver qué nos ofrece en estos casos que estás apurada, a ver qué hay”.

GM

“[...] y los hombres creo que empezarán, pero lo tienen que acelerar más ¡eh!”

GM

**El avance de las mujeres en el ámbito productivo, no se corresponde con el de los hombres en el reproductivo.** En varios grupos se señala la desigualdad en el reparto de los trabajos domésticos y de cuidados. Excedencias, permisos, reducciones de jornadas o medias jornadas, son estrategias mayoritariamente femeninas, dándose por sentado que serán dichas mujeres quienes se ocupen mayoritariamente de los cuidados y, por ende, también de las tareas domésticas. Algo que, además, tienen consecuencias tanto en su desarrollo profesional como en el ámbito económico y de los derechos sociales derivados del empleo. Las mujeres se incorporan al empleo, pero con un salario que viene a representar el concepto de “ayuda” al salario principal y los hombres se incorporan a los cuidados de la misma manera; es decir, como “ayuda” a las tareas de la reproducción social.

La **necesidad de corresponsabilidad** en el ámbito familiar y en concreto de que los hombres se incorporen en mayor medida a los cuidados, se evidencia en el discurso de las mujeres participantes:

“Que las mujeres nos hayamos incorporado al mundo laboral es absolutamente necesario y sin incorporación laboral no hay igualdad, para mí esa premisa es clave... Que luego ha acarreado una serie de dificultades, ¡claro!, porque los cuidados no se han repartido, ¿no? Porque si nosotras nos hubiéramos incorporado al mercado laboral y ellos se incorporan a los cuidados, todo hubiera sido más sencillo. Pero nosotras nos hemos incorporado y sigues teniendo que hacer... Lo de casa no te lo hace nadie... o no de la misma manera. Si a la incorporación laboral, pero sin la incorporación de ellos al cuidado. No está habiendo esa incorporación y no de la misma manera, es que el 80% de las jornadas reducidas, ¿quién se las coge? Las mujeres, estás aquí, estás allá; estás cuidando, estás trabajando”.

GM

“Y luego esa estética de que el cuidado es femenino, trabajes fuera de casa o no trabajes fuera de casa, pues es igual, es para ti. No hemos tenido mucho problema, ha costado mucho, pero no hemos tenido muchos problemas para incorporarnos al mundo laboral, siempre que todo lo demás siga recayendo sobre ti ¿no?, y al final tú revientas, tú no das, es que no das”.

GM

La permanencia de las mujeres en el empleo junto con **los cambios en los modelos familiares** (menor tamaño, reducción natalidad y retardo de la misma, diversidad familiar); **menor número de miembros disponibles para el cuidado de las demás personas** y, concretamente, de las mujeres en roles principales y exclusivos de cuidado; son señalados como elementos que están en la base de los cambios en la gestión de los cuidados por parte de las familias. **El modelo de estado del bienestar denominado familista** –como ha sido el del Estado español, basado en la solidaridad intergeneracional, el carácter femenino de la asistencia y con gran peso de las tareas de sostenimiento de la vida en las familias-, **ya no se sostiene**. Las opciones más extendidas cuando las personas pierden su autonomía y se vuelven dependientes de cuidados más intensivos, son el ingreso en residencias o la contratación de una persona que a tiempo completo cuide en el domicilio:

“A mí lo que me venía era, pensando en cambios ¿no? [...] un cambio social, global que con estas familias grandes que había y cuidábamos a nuestros mayores. Pero yo creo que eso ha cambiado y ya no se concibe así, entonces nos encontramos luego con ese problema entre comillas de ¿qué hacer no? De una residencia, una persona cuidadora, que venga a mi casa... Yo eso cada vez lo veo menos, que venga a mi casa un familiar para cuidarle. [...] Luego claro somos familias al final más pequeñas, con unas vidas súper ocupadas, y que entonces se te complica y piensas, bueno ¿cómo nos turnamos el tiempo que su cuidadora no esta no? Y la persona cuidadora, que yo lo que conozco de profesionales, son mujeres. Y en esas estamos”.

GA

Que las necesidades de cuidados de las personas mayores están creciendo también en Huarte, es un hecho, y el incremento de las situaciones de dependencia asociadas a la edad también:

Yo este año he valorado 100 dependencias

GP

La ancianidad y la discapacidad ha ganado visibilidad en la calle. La eliminación de barreras arquitectónicas en los domicilios y en la ciudad, permiten algo que antes no era posible. La gente enferma o muy anciana se quedaba recluida en casa. Esto se señala como un cambio positivo de los últimos años:

“Es que antes todos se quedaban en casa, no había ascensores, no había carros, ni andadores... Vaya el que estaba un poco mayor y un poco enfermo, en casa”.

GA

“Eso ha cambiado en los últimos años, las herramientas”.

GA

“La desaparición de las barreras arquitectónicas”.

GM

**Complejidad**, como lo define esta mujer participante, pero también **ambivalencia** son conceptos clave que definen la situación actual de las mujeres en relación a las responsabilidades y tareas que asumen en los espacios productivos y reproductivos. Lo que significa, **doble jornada y doble presencia**, con sensación de doble ausencia y de carencias en ambos espacios:

“[...] Pero ahora veo que es completamente diferente, porque si trabajáis, tenéis los críos, hacer comida, es mucho, no puedes tener a una persona en casa. Si esa persona necesita ayuda, vosotras tenéis poco tiempo para darle. Yo tenía que estar todo el día con ella, pero yo estaba en casa. Yo veo que la vida de hora es más complicada en ese sentido, que la que tuve yo, porque yo me quedé en casa. Para mí fue más fácil. Para vosotras, ir al trabajo, venir, hacer comida, los críos”.

GM

“Es más difícil hoy en día”.

GM

En la actualidad el **volumen y la intensidad del cuidado es mayor que en décadas anteriores**. La menor esperanza de vida de generaciones precedentes; la existencia de familias menos numerosas y la falta de redes familiares extensas de apoyo al cuidado; las menores exigencias en los modelos de socialización y cuidado de los y las menores de antaño, son señalados como elementos importantes en estos cambios:

“[...] a mi madre y a mi suegra no les tocó cuidar ancianos en ningún momento, ni a sus padres ni a sus suegros. Yo no sé si porque eran muchos más hermanos, fallecían también mucho antes, igual para los 60 años ya habían fallecido, o para los 60 y poco. Y también es verdad que han trabajado muchísimo, no quiero decir que no, pero también los hijos ¡a la calle! Nosotras de alguna manera nos criábamos en la calle ¿no? Nos criábamos en el barrio, en Huarte era así [...] y no como se cuida ahora, quiero decir que estas encima a todas horas, que los llevamos de la mano a todos los lados”.

GM

Alguna de las mujeres participantes de edades más maduras sienten que no han tenido periodos de “descanso”, es decir etapas vitales en las que el cuidado de personas no haya sido intensivo. Son las denominadas “generaciones sándwiches” atrapadas entre los cuidados a menores y mayores:

“[...] Yo siento que yo he pasado de cuidar hijos a cuidar padres, ósea que no he descansado. Quizá ese cambio sí que lo veo en mi entorno. Que a mí me da la sensación de que nuestra generación, no hemos descansado en ese sentido. Yo he visto ahí un cambio”.

GM

Entrelineas se señalan las modificaciones que están acaeciendo en las familias en relación a **la importancia que las generaciones precedentes** (principalmente las mujeres) **han tenido en el aporte de los cuidados hacia los progenitores** y, la certeza de que esto **no será de la misma manera, en las generaciones venideras**:

“Yo creo que eso ya no existe. Hasta ahora era así, pero ya la generación siguiente a la mía, mis hijos o mi hija, ya no”.

GA

**El mandato social y la asignación social del rol de cuidadora para las mujeres “sin fisuras”, se está resquebrajando. El disfrute de un espacio y un tiempo personal propio** en el que desarrollar una vida cultural, de relación, de ocio o creativa es una conquista de las mujeres.



Sobre todo, las más mujeres jóvenes parten de posiciones en las que han cambiado las prioridades, y las necesidades personales se ponen por encima de otros requerimientos. Así lo comenta una mujer participante:

“Y luego antes había ese concepto de [...] antes ni te planteabas si te tocaba cuidar, te tocaba cuidar y lo de salir o pasártelo bien o ir al cine bueno, pues si tenías suerte. Pero ahora, hay que disfrutar, pasárselo bien, viajar, estar con los amigos, creo que este es un cambio social potente también. Han cambiado las prioridades, para mí eso es un cambio”.

GA

En relación a los **cuidados de menores y criaturas** también se señalan cambios:

Se tienen menos hijos e hijas, se tienen más tarde (la edad de la maternidad ha aumentado), pero **el modelo de socialización de los y las menores implica el alargamiento del tiempo de cuidado y una mayor intensidad y exigencia que en anteriores generaciones**. Sin embargo, en los hogares en los que ambos progenitores están empleados a tiempo completo, se señala el mayor **cansancio y la falta de tiempo para “educar”, jugar, “estar”, poner límites**, etc. Así lo señalan algunas madres participantes y también profesionales de la educación:

“Yo veo contra mayores se tienen (se refiere a la edad de tener criaturas) el cuerpo está más cansado y no te da para aguantar los berrinches que tienen las criaturas y la vía fácil es darles todo lo que quieren. Y, sí que vemos mucha más frustración en los niños que antes o que en parejas más jóvenes, padre y madre trabajan sus ocho horas y “vamos a piñón” es así y se nota, se frustran mucho más fácil”.

GP

**El uso generalizado, y a veces abusivo, desde edades muy tempranas de herramientas digitales** como móviles, ordenadores, tablets, videojuegos, televisión, se señala como un competidor “fácil” pero peligroso, frente a la exploración y creatividad que supone el juego libre:

Diálogo entre profesionales:

P1. “Luego el uso de las pantallas desde pequeños, por no estar con ellos, se nota, es como que no saben jugar. Antes todos sabían jugar con todo y con todos, se entretenían [...] y luego les das un trozo de madera y hacen (hace un gesto como cuando se pasa la pantalla en el móvil).

P2. Si se creen que es el móvil... tener esas pantallas y más desde tan pequeños... Cuanto más tarde se pongan delante de un televisor está demostrado que es mucho mejor, pero para eso hace falta el tiempo familiar y dedicarle lo que le tenemos que dedicar. Pero también llegamos cansados como familia y hay que cenar, hay que correr y la tele hace un trabajo más fácil, pero luego tiene otras consecuencias.

GP

## **Cambios en los años de Pandemia COVID-19**

**El confinamiento y la primera fase de la pandemia** originada por la COVID-19 ha traído cambios en las vidas de todas las personas, pero **se ha dejado sentir de forma más negativa entre aquellas más vulnerables**. En relación a los y las menores, las mujeres del grupo de profesionales mencionaron los siguientes: aislamiento, carencias de socialización con iguales, mayor exceso en el uso de herramientas digitales, retrasos en el lenguaje en los menores de 3

años, problemas de conducta como desubicación, descentramiento, tristeza, mayor agresividad, etc.:

“[...] ahora está habiendo muchos retrasos en el lenguaje, se está viendo niños de dos años, dos años y medio, tres que no hablan nada [...] este año estamos con 6 niños que no hablan. Nos dijeron que ellos (los expertos en educación especial) estaban saturados [...] el tema del lenguaje lo achacamos mucho a las mascarillas, que no nos ven.”

GP

“[...] y también conductual, niños que están perdidos, que no saben ni donde están [...] hay niños que están más tristes...tenemos un txiki en la escuela que pega todo el rato, pega, pega, pega, sin parar y una educadora con 14 criaturas no los puede atender adecuadamente [...] nosotras no llegamos”.

GP

“[...] y después de la pandemia sí que hemos notado que los críos no saben jugar, no saben más que molestar... hay más conflictos en el aula, porque no saben más que estar con la pantalla.”

GP

**Para padres y madres ha sido complicada la conciliación de la vida laboral y familiar especialmente en el confinamiento y la primera ola de COVID-19.** En muchas de las ocasiones -como la que describe esta profesional- además de tener que encajar la desestabilización general que provocó la aparición de la COVID-19 y sus consecuencias, en muchos sectores se impuso el teletrabajo, con la necesaria adaptación al mismo. **Los hogares con menores** -y especialmente las mujeres-, han tenido **la doble jornada en casa** sosteniendo simultáneamente empleo, trabajo doméstico y cuidado de las criaturas a tiempo completo. El cierre de centros educativos y sus servicios asociados ha significado un aumento importante del trabajo reproductivo en estas familias y, aunque los hombres también han realizado más trabajo doméstico y de cuidados, **la brecha de género se ha intensificado en este periodo** porque las mujeres han aumentado su carga en mucha mayor medida.

Nuevamente aparece reflejada **la intensidad que hubo en ese tiempo del uso de herramientas digitales** (especialmente teléfonos móviles). Ventanas al mundo que se hicieron más imprescindibles si cabe (recordemos como el consumo de internet se disparó), y que en los y las menores también ha dejado su huella. Interrumpidos los lazos con el exterior, las pantallas constituyeron un buen medio para acercarse a otras realidades más allá del marco del hogar:

“Yo en el confinamiento llegué a odiar a mis hijos. Ha habido verdaderos dramas en las casas con las criaturas [...] la pandemia por muy bien que las familias lo hagamos, no salir nada a la calle y luego la gente en casa trabajando y mucha pantalla”.

GA

**Para las personas mayores el aislamiento y la soledad** se ha señalado repetidamente. La necesidad de socializar, la privación del contacto diario con la familia y sus redes vecinales diarias, de amistad, etc. La distancia social sigue incorporada y la necesidad de manifestaciones corporales de cariño con sus gentes queridas (besos y abrazos) es importante para todas las personas, pero quizá más para aquellas de más edad. Consecuencias a nivel psicológico que no se concretan pero que en todo caso pueden hacer peligrar la salud mental de las personas ancianas:

“En la pandemia a las personas mayores les ha afectado también a nivel psicológico, el no socializar, el no ver a los nietos, les ha afectado muchísimo a nivel psicológico”.

GP

“El cambio para mí, perdona, un poco dejadez, ¿no? Soledad. Yo hace 15 días, un ex cuñado mío [...] el aita no llama, no llama, va a casa y llevaba 3 días en la puerta del hall y allí se quedó, caído muerto. No pidió ayuda a nadie, nada. Pero da una sensación de abandono, de miedo, que vas con los nietos y estas siempre pendiente de la mascarilla, no les abrazas como antes, con los padres igual, me junto con las hijas y es ama, un besico... Así sensación de que han sido dos años muy muy duros de soledad y de dejadez. ¿Para mí esa sensación en nuestra edad ¿eh? La gente mayor”.

GA

“Sí, igual el que no han podido hacer esa vida social que antes hacían también ¿no? Es decir, porque se han quedado en casa. Metidos en casa, y éramos nosotras las que íbamos o a llevarles la compra o lo que sea. Ellas no salían como antes que hacían vida social, y hablaban con uno con otro. Se han quedado dentro de casa”.

GA

“Aislamiento, eso es”.

GA

**Las residencias de personas mayores han salido mal paradas en la COVID-19.** No es poco el rechazo que el actual modelo residencial privatizado -más pensado como negocio que como necesidad social de primer orden-, suscita. Especialmente por no considerarse de calidad suficiente y porque representa el recurso en el que se “aparca” a las personas ancianas o se las abandona. Se apela a una mayor responsabilidad por parte del Estado y de la sociedad en general, frente a lamentos que no provocan cambios y que son parte, se considera en los grupos, de la hipocresía social:

“Ahí también se ha demostrado, pues también en las residencias lo terrible que es dejar en manos de gente de estos que, como se dice, los fondos buitres que están ahí pues sacando el dinero de la gente sin tener unos cuidados que deberían ser. Yo creo que esto tendría que ser función del Estado en general, de la sociedad en general, y sobre todo pues eso, la soledad. La soledad y luego, ahí se ha visto que también la forma en que cuidan a los abuelos y abuelas ósea, fatal, y luego la hipocresía social que parece que ahora, cuando han muerto, ósea cuando había tanto muerto del COVID en las residencias: ¡Jo las manos a la cabeza! Pero, yo estoy convencida, que habría familias que esos abuelos y abuelas los tenían perdidos de vista seguramente. Ósea que es un poco la insolidaridad y la soledad también, sí”.

GA

**Una mayor carga de cuidados para las mujeres,** en ocasiones, ha generado el abandono del empleo de algunas de ellas, para cuidar a personas mayores:

“[...] respecto a las personas mayores el tema de la pandemia lo que ha provocado ha sido volver a invisibilizar y recargar en las mujeres el tema de los cuidados También que mujeres han dejado de trabajar para atender a personas mayores”.

GP

En relación al Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), se critica la poca valoración y reconocimiento de un servicio tan esencial como este y que, lo ha seguido siendo, en todo el periodo COVID-19.

Las personas profesionales que han desarrollado esta labor en el contexto de la pandemia como un servicio esencial más, apoyando a las personas más vulnerables en su domicilio en un momento tan crítico, entienden que su no consideración como trabajadores/as socio-sanitarios/as, es un reflejo de la desvaloración de dicho servicio. El personal sanitario era aplaudido en los balcones, pero el SAD no, no formaba parte del sector:

“[...] y el que no se nos haya considerado (se refiere al SAD) trabajadores socio-sanitarios también ha influido. Se ha sacado adelante situaciones muy precarias sin un reconocimiento”.

GP

## 2.2 Sobre el concepto de cuidados

Como se ha visto en el marco teórico, las **dimensiones del cuidado son múltiples y complejas**, tiene variadas caras. Las que se han señalado en los grupos participantes han sido:

La noción de que el cuidado **proporciona asistencia a las necesidades básicas necesarias para la existencia, la supervivencia y la reproducción. Necesidades** que son **físicas** y también **afectivas y emocionales** y que **abarcen simultaneidad de roles y responsabilidades**.

Desde el punto de vista de las tareas supone la asistencia en aquellas necesidades de la vida cotidiana que se concreta en la aportación y organización de **servicios y actividades** relacionadas con la limpieza, la alimentación, la salud, la higiene personal; pero **también de afectos** que, se traducen en la práctica en: la escucha, el acompañamiento, el mantenimiento de los vínculos familiares, la estimulación de procesos sociales como los que incluyen las redes de amistad, vecinal, social, etc.:

“E igual separaría un poco lo que son necesidades como fisiológicas, pues la limpieza, el comer, el aseo, y luego la parte emocional ¿no? Igual si que hay veces que, no sé, como está distribuida la familia y los trabajos de cada uno, no puedes entrar en esas necesidades diarias de aseo y todo esto ¿no? Pero luego están las emocionales, que creo que todos y todas tenemos un rato, para poder ir, igual sin ninguna obligación ¿no? Ya que las primeras las tiene cubiertas, aunque haya una persona las 24 horas del día”.

GM

“[...] Cubrir las necesidades básicas y emocionales”.

GP

**Al acompañamiento y la escucha** se le da cada vez más importancia, incluso la consideración de ser estos espacios terapéuticos; señalándose su especial necesidad entre las personas más mayores. En este sentido y tal y como se ha recogido en el marco teórico y en varios de los grupos, los cuidados son tanto físicos como emocionales, resultando estos últimos claves:

“[...] es que eso es terapéutico, y eso vale más que una ducha diaria igual. El escuchar nada más, aunque sea la misma historia de todas las veces igual, lo que pasa que ese escuchar vale oro”.

GA

“[...] yo me acuerdo por ejemplo hace mogollón de años que cuando vivía mi abuela recuerdo que iba a su casa y nos poníamos a leer el periódico, pues eso, esos ratitos por ejemplo”.

GA

“Yo estoy de acuerdo con lo que habéis dicho. A mí también me parece que a veces incluirles en tus planes, no tenerles solo como... [...] ir a hacerles 4 cosas; sino hacerles esa compañía. Nosotras hacemos muchos planes con la mamá, y yo creo que se siente... ¡le encanta! Le rompe un poco la rutina también, cuando haces algo distinto ¿no? [...]”

GM

“[...] la gente mayor tiene mucha necesidad de ser escuchada, porque yo lo veo. Para un ratito y enseguida te empiezan a hablar ¿no? Hay como esa necesidad. Quizás es porque también habrá gente que se sienta sola ¿no? Y es un escape”

GM

Como provisión cotidiana de bienestar que es, en los grupos aparece el concepto de cuidados vinculado al **fomento de la calidad de vida**. Facilitar la vida y que se mantenga en lo posible en los parámetros familiares y sociales que tenía antes de sobrevenir situaciones de enfermedad, discapacidad o dependencia. **Adaptarse a las nuevas necesidades** de las personas dependientes o que necesitan apoyos, para **que esa vida cotidiana esté impregnada de calidad**:

“[...] para mi cuidar es intentar, teniendo en cuenta las preferencias y necesidades de cada persona, adaptarse”.

GP

“Un poco calidad de vida no? Ósea lo mínimo, mínimo, obvio, pero calidad de vida. Dentro del problema o de la dependencia que tenga esa persona, hacérselo lo más fácil posible y adaptarlo a la realidad que tenía antes, dentro de lo que pueda claro. Ósea, es calidad de vida, más que te doy la pastilla a las 8 y a las 4, no, un poquito más”.

GA

**Personalizados**, es decir **adaptados a las necesidades de las personas**. En el grupo aparece el tema de las rutinas como ejemplo de esa necesaria adaptación a las personas individuales:

“Eso, que luego también las rutinas, que si las sacas a veces de ahí, de las rutinas que les rompes, hay gente que no quiere...vamos a hacer esto que puede ser algo chulo, y no. Las rutinas me he dado cuenta de que es, para ellos muy valioso y les mantiene como en orden”.

GA

“Si, eso va también con las personas. Porque hay algunas que la rutina les agobia, parece que hacen siempre lo mismo ¿no? Se levantan y al sofá, ahí ven la tele y de ahí no sé qué... O sea, es como muy rutinario y les sacas un poco de la rutina y también te lo agradecen. ¿Igual va más con las personas no?”.

GM

**Algo que también se recoge en el grupo de profesionales, en el que el cuidado definido por aquellas técnicas que atienden a menores resalta esta idea de que dichos cuidados tienen que ser personales e individualizados**. Señalando la importancia de la creación de vínculos con los y las bebés a través de las tareas del cuidado fisiológico, propiamente dicho. Para que esta atención se produzca en estas condiciones, los ratios deben ser más bajos que los actuales, señalan dichas profesionales:

“Por la formación que hacemos el cuidado nos parece super importante en las escuelas y tratamos de que el cuidado sea lo más individual posible para crear vínculo, tanto en el cambio de pañal, en la comida, la siesta... Aquí estamos en ratios muy altos (14 por educadora), frente a otros países europeos que tienen la mitad o menos -Francia,

Alemania-. Es una pena porque es super importante, porque es el vínculo con ellos, porque en el día a día. A veces no te da para estar con todos, intentamos crear esos espacios especiales para ese trato más individualizado, las siestas también”.

GP

En el concepto de cuidado, la noción de **diario y cotidiano** prevalece sobre los cuidados puntuales, aunque estos también son parte de la provisión de cuidados:

“A mí me parece que es atender las necesidades diarias ¿no? Es decir, puntualmente necesito que me lleves al médico, que también puede ser un cuidado ¿no? Pero es como más esporádico. Eso te puede tocar 2, 3 veces al año...yo entiendo que en el concepto de cuidado es que se necesitan prácticamente a diario”.

GM

A veces se traza una frontera entre necesidades más fisiológicas y de bienestar en el entorno (limpieza, comida, aseo personal) y las necesidades que conectan con los afectos y el mundo emocional. Las primeras son la base necesaria y “obligada” para que se produzcan las segundas:

“[...] pienso en cuidados y soy como un poco más literal a la hora pues de prepararle la comida para que lo tenga todo bien, iré a casa y le recogeré y le estremaré, eso lo que yo veo, lo que yo haría como cuidados. Claro, si ves más allá, efectivamente cuidados es lo que has dicho, calidad de vida y pasar el rato ¿no? Yo ahora, por ejemplo, en el momento que yo estoy con mi madre todos los días y con mi padre también... pero cuidados, me da más por pensar en cuidados físicos en el sentido de venga, no te preocupes yo te dejaré la comida preparada para que no tengas que hacer nada... Pero claro, luego empiezas a analizar y, claro, obviamente...”.

GA

A este respecto **se aprecian cambios**. En generaciones anteriores la idea de cuidado se circunscribía al trabajo doméstico y el apoyo en el cuidado personal (si se precisaba). La idea de acompañamiento no tenía lugar en familias numerosas, donde siempre había alguien en el hogar (las mujeres especialmente) o si los miembros de la familia eran independientes y autónomos, se autoabastecían en sus necesidades de contacto con el mundo:

“A veces les cuesta a las personas mayores contratar alguien solo para que esté... Ahí, hay un acompañamiento, es cubrir un poco... A veces solo acompañar a gente que está muy sola, no tiene por qué estar limpiando los cristales, pero entienden que cuidar es limpiar, hacer la comida... Y dicen: “para lo que hace no me hace falta a mi más de tres horas esa persona”, pero, a veces, hay otras necesidades... Le dices: “pero bueno le puede acompañar a dar un paseo”... A veces a alguien le puede venir mejor dar un paseo que una ducha”.

GP

**La familia aparece aquí como el puente con la comunidad, con lo social.** Mantener redes familiares y sociales es parte de un rol que aporta estímulos en los procesos vitales:

“[...] pero la conversación, la afectividad, no sé, el seguir en ese mundo, en tu barrio; pues yo creo que te la dan tus hijos, el rato que van a hablar, tus hijas, yo separaría como esas dos cosas”.

GM

“Si que te quiero decir que somos muy sociables también. Aparte de la familia tenemos otras redes ¿no?”.

GA

En los procesos de demencia, como señala esta mujer participante, hay también un cuidado que tiene que ver con lo afectivo, emocional y los vínculos, además de los familiares, los sociales, de amistad. De hecho, la familia hace de nexo con el exterior en estos casos:

“Yo ahora por ejemplo me estaba poniendo en el caso de mi madre, ella en este momento y con un principio de Alzheimer pues lo de las amigas y esa socialización que has tenido hasta ahora igual ya no la tienes o poco a poco la vas perdiendo. Pero un poco esa conexión la tienes a través de la familia”.

GM

En este apartado, también se ha considerado de interés, recoger dos cuestiones asociadas a **los cuidados como empleo**:

La primera, que dichos cuidados son un **nicho de empleo** actualmente, también para los hombres, aunque en diferente posición y condiciones que las mujeres.

Diálogo grupo mujeres:

P1. “Si lo haces, ganas un sueldo y tienes suerte de que te guste cuidar, pues bien. Ahora hay chicos que cuidan, son pocos, pero alguno hay. Luego yo no conozco a ninguno que vivan 24 horas en la casa (refiriéndose a estar de internos), son todo mujeres, porque terminamos haciendo las cosas de la casa, la comida, la limpieza, todo. Empiezas cuidando y terminas haciendo más cosas.

P2. Los hombres que cuidan no están 24 horas en general, he conocido varios que cuidan, pero desde luego no están 24 horas.

P3. Los hombres sí que se van incorporando a los cuidados y también a formaciones que por ejemplo hace Caritas de plancha y de cocina, se van incorporando, pero sigue siendo algo mínimo y porque hay un nicho de empleo

P2. Y tampoco ganas, ganas mucho más haciendo otras cosas. Yo solo he conocido a un hombre, un hombre que se quedó en casa, y yo creo que también por situación económica. Porque ante igualdad de sueldo, la que se queda en casa es la mujer. Pero bueno ante situación económica... Pero es que yo no conozco a nadie más.

P1. Y como fue tan especial, todo el mundo lo conocíamos, es verdad, ¡qué triste! A ver si se anima alguno más”.

GM

La segunda, la **vocación profesional**, que generó cierta controversia:

Dialogo sobre la vocación entre varias personas participantes en el grupo de asociaciones:

P1. “Es que igual eso no puede ser tan vocacional [refiriéndose al cuidado de personas mayores] como puede ser una haurreskola ¿no? Una cuidadora de críos pequeños que igual es como más vocacional. Es más igual el trabajo porque tengo que ganar dinero ¿no?

P2. Yo por ejemplo yo no podría trabajar en una residencia, estaría probablemente llorando todo el día, pues de pena, yo por ejemplo esa presión yo no aguantaría. Es lo que dices, si es tu padre o tu madre pues sí, yo no me veo que yo podría valer en una residencia, como están, no podría. Yo no me veo.

P3. Tiene que ser así. Si te metes a trabajar en esto, tienes que tener vocación o que te guste. Hay que dejarles la oportunidad, de que te cuide un hombre.

GA

### 2.3 Características de los cuidados en nuestras sociedades

En relación a las características que tiene el trabajo de cuidados (importancia, reconocimiento, condiciones y valor social, etc.) en los grupos se destacó lo siguiente:

Las mujeres participantes de más edad **recalcan la trascendencia de este trabajo**. Sin embargo, no se corresponde –dicen- con su valoración social, ni con el reconocimiento de la labor que realizan las personas que cuidan; siendo **la invisibilidad** otra de las características que lo recorre. Tiene su expresión cuando se realiza en el ámbito de los cuidados remunerados, siendo uno de los sectores de más bajos salarios y, en ocasiones, sin los derechos labores básicos (contratación, alta en la seguridad social, etc.):

“Yo le doy importancia porque soy mayor, pero siempre le he dado importancia a que hay que cuidar bien a las personas que tienes, pero a la cuidadora no creo que le den mucha importancia, me da”.

GM

“[...] me parece que es un trabajo que ni está reconocido, ni se apoya, es la parte yo creo peor parada”.

GA

“Socialmente no se da ningún reconocimiento. De hecho, el no reconocimiento, la invisibilidad, luego tiene las consecuencias prácticas en los malos salarios, ¿no? Seguridad social, cero reconocimiento”.

GM

“Y estas personas que están trabajando así con personas en las casas con personas dependientes, tienen un mérito...que no lo sabemos apreciar porque dicen: “Jo, se les paga, se les paga y tienen esa necesidad, de cobrar y de tener una vivienda porque no tienen igual”.

GA

**La socialización de género** en el tema de los cuidados también aparece como un **mandato interiorizado y naturalizado en las mujeres**. Un trabajo “de mujeres” que ha sido parte de esa socialización aprendida en generaciones anteriores y que, entre aquellas de más edad, debido al contexto en el que fueron socializadas, no siempre se ha cuestionado. También se puede apreciar en su discurso -aunque no lo formulen de esta manera- **la idea de la interdependencia, de la reciprocidad, de la lealtad**, recibieron cuidados y son dadoras de los mismos:

Diálogo entre mujeres:

P1. “Y a veces viene un poco eso también porque bueno no sé.... como te cuidaron, tú quieres cuidar como te han cuidado, en el caso de mi madre nos ha cuidado siempre, pues a mí me sale cuidarle ¿no? Igual lo tienes un poco asumido por lo que tú has visto y lo que te toca o por cómo tú eres, pero sí que es verdad que no está nada reconocido, porque muchas veces eso es... eso es “lo normal”.

P2. Sí, pero lo normal en mujeres”

GM

“Eso es, y si tienes en una casa hermanas y hermanos, normal que las hermanas se vuelquen más con la madre que los hermanos, estas cosas son muy de antes”.

GM



Llama la atención la interiorización “sin fisuras” del modelo tradicional de división sexual del trabajo por parte de mujeres que se han dedicado en exclusiva al trabajo doméstico y de cuidados y la consideración de “no trabajo” a las tareas esenciales de la reproducción de la vida. Esta ha sido parte de las estrategias de invisibilización de dicho trabajo, siendo uno de sus reflejos más elocuentes, la consideración de “inactivas” en las estadísticas sociales, de todas las mujeres dedicadas con exclusividad al trabajo doméstico y de cuidados. Y llama sobre todo la atención de dicha continuidad, porque estas generaciones más mayores conviven con otras más jóvenes y que tienen otra forma de gestionarse:

“Claro, en mis tiempos era más diferente, porque nos quedábamos en casa, yo me quedé en casa, entonces yo me traje a mi suegra a casa con los críos y todo, pero claro yo estaba en casa, en esos momentos no hacía gran cosa, vamos nada, pero yo estaba todo el día en casa”.

GM

**Los cuidados en el sentido más inclusivo y amplio atraviesan todas las relaciones.** Dar y recibir cuidados es un binomio que bien pudiera ser parte de la vida cotidiana entre las personas, y sería deseable que hubiera un cierto equilibrio en la experiencia de ambos modos de relacionarse con el mundo. A las mujeres que han ejercido el rol de cuidadoras “sin fisuras” y que han cuidado a otras personas largos e intensivos periodos de tiempo, les cuesta recibir cuidados o al menos “dar trabajo”, como describe la madre una de las mujeres participantes. No se sienten merecedoras de recibir, dice otra participante. La hija, no obstante, reivindica el placer de ambas caras del cuidado y también el sentido de reciprocidad y de lealtad:

Diálogo grupo mujeres:

P1. “Ahora estás con tu madre y es muy natural, encima bonito, porque mi madre es súper suave, súper paciente, como muy ideal, muy bonito todo. También yo le digo, es un regalo que te ha dado la vida, porque se pegó 34 años cuidándole a mi padre porque le dio una trombosis. Pues lo que te regala la vida chica, tú has sido cuidadora toda la vida, pues ahora disfrútalo. Y el miedo que tiene ella como muchas lo tenemos, es no querer dar trabajo porque sabe el trabajo que ha tenido con mi padre y dice: ¿yo dar trabajo? No, no, no. Y a mí eso me parece hasta injusto ¿cómo no te van a cuidar a ti con todo lo que tú has cuidado?”

P2. Porque no nos creemos merecedoras. Yo doy, pero luego dices... yo no quiero dar trabajo”.

P3. Yo ya te digo que yo no quiero dar

P1. Pero igual los que están alrededor te quiere dar por todo el cariño que has dado tú. Recibir es bueno, pero poder dar, poder cuidar a quien quieres, y que la otra se dé cuenta”.

GM

**Sin embargo, esa *naturalización* asignada a las mujeres se cuestiona como una construcción social de género, que ahora está transformándose** y que no sólo desean que cambie y que los hombres se involucren cada vez más, sino que ven como inevitable que esto suceda:

“[...] pero normal no, nos lo han hecho normal, nos lo han hecho normal [...] era normal y nos parece normal, pero ahora tiene que ser diferente, en estos tiempos...”.

GM

“Y ahora nos pasa que, como las familias tienen menos miembros, si igual antes eran 6 o 7 y tenías tres hijas, pues que bien las tres, pero ahora como tengas dos y tengas una hija y un hijo, dices tú ¿todo el peso para ella? Se está complicando”.

GM

“[...] en estos tiempos, tiene que ser diferente el cuidado, se tiene que repartir, la chica y el chico”.

GM

**Pese a ello, hay que tener en cuenta que históricamente, han sido las mujeres las que han ejercido los cuidados**, tanto dentro del hogar como fuera, a través de sus profesiones (enfermeras, psicólogas, trabajadoras y educadoras sociales, trabajadoras familiares, maestras, etc.):

Diálogo grupo de asociaciones:

P1. [...] en los pueblos iban saliendo de las casas los hijos e igual se quedaba la hija mayor y era la que se quedaba con los aitas. Y los demás volaban, igual a los demás no les tocaba.

P2. Siempre le tocaría a alguna si, a los hombres seguramente no.

P3. El hijo mayor heredar y la hija pequeña a cuidar. Así solía ser.

GA

**Actualmente**, las personas entrevistadas consideran mayoritariamente que ha habido algunos cambios en comparación con épocas anteriores, y que **se están dando avances**. Sobre todo, en relación a dos cosas: las responsabilidades femeninas de cuidados, basadas en la “entrega de vida” y que puede verse en el ejemplo siguiente; como en el aumento de varones en dichos cuidados:

“No porque ahora los chicos se preocupan de padre y madre, eso sí que yo veo, ¡eh! De mi generación, el hombre no se preocupaba y ahora sí, ahora los chicos hombres, se preocupan, yo eso lo veo en la generación de mis hijos, sí que veo diferencia, las chicas se preocupan de su familia y el chico de la suya”.

GA

Pese a ello, sí que visibilizan en los grupos que, **dichos cambios, son minoritarios e insuficientes**. Y que, pese a dicha incorporación masculina, las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras: *“Es verdad que en las nuevas generaciones los hombres se han ido incorporando. Pero la mayoría mujeres, seguimos cuidando nosotras”* (GM):

“[...] a mí me parece que estamos dando mucho por hecho, que igual lo que vemos es que sí hay una participación más igualitaria, pero esto no se da en la sociedad como general, que ha sido un progreso y estamos en este punto”.

GA

“Yo sí que creo que hay una evolución, pero igualitaria para nada, para nada. Y no sé si soy pesimista, pero este grupo de reflexión sobre los cuidados es una representación, un chico y el resto todas chicas. Pero al final es así”.

GA

El hecho de que **las mujeres**, pese a estar sociedades “democráticas” y haber avanzado en la igualdad legal, **sigan siendo las principales cuidadoras**; está fuertemente relacionado con la división sexual del trabajo y con las identidades de género.

Frente a dicha centralidad en los cuidados de las mujeres, **la posición de los hombres es subsidiaria**; es decir, habitualmente ellos están, cuando ellas faltan: *“Ellos más cocineros y en momentos de ocio, pero el tema de hijos más ellas; a no ser que, por tema laboral, ellas no puedan o no estén”* (GP.).

Esta continuidad de las **mujeres como figuras principales en los cuidados**, tal y como se ha recogido previamente, se da tanto **en el ámbito personal y familiar** (hogar), como **en el ámbito profesional** (empleo).

En relación al ámbito del hogar, pueden recogerse **diferencias respecto al cuidado de menores y al cuidado de personas mayores**, considerándose que las mujeres sobre todo continúan cuidando de la infancia con mayor centralidad (intensidad y dedicación); siendo este el ámbito de los cuidados de mayor desigualdad entre los sexos (ver apartado cuantitativo). El cambio mayor, ha tenido lugar en la incorporación de los hombres al cuidado de personas mayores. En relación a esto, se considera de interés visibilizar las contradicciones discursivas y/o la necesidad de matizar las situaciones relativas a los cuidados; algo que no hace sino ejemplificar la complejidad de los mismos y su gestión, en sociedades patriarcales, y que no los contemplan como centrales. Como puede verse, frente a la afirmación de que **en los cuidados a personas mayores sí se ha avanzado -en relación a la participación de hombres también mayores como cuidadores-**, y es obvio que así es. Pero, dicho avance suele ser “de vez en cuando” y “derivado” a figuras femeninas como las hermanas, que vuelven a erigirse estructuralmente como cuidadoras y logísticas principales:

“En los cuidados a mayores sí que se ha avanzado, de vez en cuando nos encontramos con hijos (que ya están jubilados) que ahora están de cuidadores de madres y padres muy ancianos, este cambio si lo hemos observado. Pero también, donde nos encontramos hijos, te derivan para muchas cosas a la hermana, la organización si hay mujeres, sigue recayendo en las mujeres”.

GP

En el caso del **cuidado de menores**, se considera que **la mayor continuidad, intensidad y carga del mismo sigue recayendo en las mujeres**:

“Yo veo que el cuidado de las niñas y los niños recae más en las madres que están hasta aquí [señalando la cabeza], que trabajan y luego llevan los niños, la casa. Cuando hay entrevistas con las educadoras, siempre vienen las madres cuando invitamos a todas las familias. Este año de 29 personas que había, vinieron solo 2 padres, el resto todas mujeres, al final sigue recayendo en las madres; igual que en mis tiempos que digo yo”.

GP

**Este recaer los cuidados en las mujeres, tiene lugar, sobre todo, en relación a la logística** y tal y como se ha recogido en el marco teórico, se ha denominado *“la carga mental”*. Dicho sostén de la logística en ellas, ha aparecido en participantes de varios grupos:

“Creo que sí que la madre y el padre cambiarán el pañal, le dan de comer, pero logística familiar creo que tienen mucho más peso las madres, la responsabilidad la llevan ellas”.

GP

“Igual él puede estar presente, pero quien piensa, quien ha organizado, quien sabe las extraescolares, toda esa parte de carga organizativa, yo me doy cuenta, yo a mi marido le digo: “tienes que ir a recoger a ...” y luego me enfado conmigo misma. Pero sí, seguimos cuidando nosotras en mayor medida. Ellos se van incorporando., y tengo un marido que cuida, ¡eh!, pero en general es así”.

GM

“El otro día comentábamos de los padres que sí que se implican en la atención de las criaturas cuando la madre no está, pero la parte de organización del hogar, de la familia, citas, médicos, etc. sigue habiendo mucha diferencia, una cosa es jugar con las criaturas en el parque y otra es la logística”.

GP

Diálogo grupo profesionales:

P1. “Yo por ejemplo lo de los médicos siempre he intentado que vaya por turnos y por trabajo

P2. Yo también

P3. Si, pero la que recuerda que hay cita médica somos nosotras”.

GP

Respecto a este reparto de cuidados por sexos, dentro de los grupos se han trabajado varias cuestiones, tanto en referencia a las mujeres como a los hombres.

**Frente a esta contradicción estructural** -cambios históricos y sociales hacia la igualdad importantes, con mantenimiento de sobrecarga de cuidados en las mujeres-; lo que ha emergido en los grupos, son principalmente **discursos ambivalentes**. Es decir, aquellos en los que se da un **“sí, pero no” o un “sí, pero no tanto como parece”**. En este sentido, como puede verse en este fragmento, la informante clave habla de que algo está cambiando, pero posteriormente refiere que la participación por parte de su hermano es menor, y en caso de que no lo haga, justificada:

“Y el otro día que fui con ella [refiriéndose a una familiar] a la salita de espera donde estábamos todas las personas que había enfermas, pues hice así un conteo, y estábamos 10 y la mitad eran hombres que estaban cuidando a los enfermos. Y digo, bueno pues algo está cambiando, porque antes yo creo que era como inconcebible. [...] yo tengo un hermano y una hermana, y una prima, y entre nosotras nos hablábamos, también con mi hermano, pero cuando no contestaba a los mensajes para hacer los turnos casi tenía la tentación de decirle: “si no puedes pues...”, pero si dice que sí es uno más. [...] mi hermano tiene que estar en el pack igual, pero es como: “ay bueno pues si no puede”, enseguida le vamos a cubrir ¿no? Pues no, le tocará igual que a los demás ¿no?”.

GA

En relación a este discurso ambivalente y a las contradicciones internas que el **doble mandato de género** supone **para las mujeres**, es interesante el **análisis de los procesos subjetivos** que tienen lugar **respecto a los cuidados**, ya que los mismos conforman una parte clave de la **identidad de género femenina**:

“Pero no hay que bajar la guardia, ¡eh! Yo cuando empecé a convivir con mi compañero le decía: “me tiendes la ropa, me pones la mesa”. Y él: “¿cómo qué me? ¿cómo qué me?”. Yo no era consciente, yo no entendía que me estaba diciendo: “será si tiendes la ropa, no te la voy a tender a ti, la voy a tender porque es algo entre todos”. Y al rato: “pues tiendes la ropa”, pero sigue haciéndolo (se ríen todas las del grupo)”.

GM

Por todo lo anteriormente recogido, puede afirmarse que la **conceptualización, ejercicio y gestión de los cuidados**, tiene implicaciones bastante importantes, que se ven reflejadas en los grupos. Siendo especialmente destacadas **tres cuestiones**:

Por un lado, la **alta exigencia que las mujeres tienen en relación a los cuidados** porque han sido socializadas para entender que son algo que *“les corresponde”*:

Diálogo grupo asociaciones:

P1. “[...] en mi caso yo creo que a veces me exijo demasiado, yo lo hago, yo lo hago, y si se me olvida, me cago en... Hay veces que me pongo como mucha carga, pero es que me lo hago yo, yo misma. Creo que me exijo demasiado, pero porque soy así. Y no sé si cambiaré algún día. Sin embargo, pues mi marido no tiene esa presión que yo tengo, pero que creo que me la auto hago yo.

Entrevistadora: ¿pensáis que es una cuestión personal o es una cuestión de género?

P2. Para mi es de genero totalmente

P3. De género, de entrada, de género. Luego ya aparte la personalidad”.

GA

Por otro lado, la **eficacia sobredimensionada** en las mujeres -principalmente respecto al cuidado de otras personas, no tanto al cuidado propio-; trae consigo como consecuencia estructural, la perpetuación del cuidado en manos de las mujeres. Ya que, al llevar a cabo las actividades domésticas y de cuidado tan bien, tan rápido y tan eficientemente, terminan siendo *“las garantes de las mismas”*, algo que **genera también desmotivación en sus compañeros**:

Diálogo grupo mujeres:

P1. “De lo bonito que es, hasta luego el día a día, y este que está muy concienciado, pero luego no es consciente a la velocidad que lo hacemos nosotras, como hacemos cuatro cosas mientras ellos hacen una, porque no las ven. Yo tengo dos hijos, yo digo: “yo en el esquema de antes voy dada, voy dada ¿no? Yo no voy a tener una hija”. Es muy complicado, sigue siendo complicado, esto. Mira que estamos los dos en la misma línea, pues da igual.

P2. Y los de enfrente, que los pones a 100”.

GM

En este sentido, se suma a todo ello, que en ocasiones las mujeres en esta dinámica estructuralmente interiorizada de considerar que los cuidados son *propios*, generan lo que podríamos denominar un proceso de “expulsión o retrotraimiento” de los varones; que no podemos olvidar, en ocasiones también se combina con un aprovechamiento en este sentido por parte de ellos:

“Yo hace poco en el trabajo, una compañera decía hablando de su suegra: “las hijas ya colaboran, pero las nueras no”. Y le digo: “hombre es que las nueras, no tienen por qué colaborar. Si colaboran, pues bien, pero...”, es que les estaba sacando ya a los hijos y metiendo a las otras que no son de la familia, familia”.

GA

Además, y, en tercer lugar, la **crítica social contra las mujeres, subjetivamente interiorizada a través de la culpa**, en general; y de la culpa por ser adjetivada como *“mala madre”*, en particular:

“Yo misma también a veces siento que mi pareja hace más y en algún momento sentirme culpable y decir: “oye espera”, yo misma me tengo que corregir: “¿culpable de qué?” Pero, oye pues me estoy sintiendo mal porque no hago: “lo que me toca”, oye no, creo que eso todavía lo tenemos tan metido. Entonces nos hacemos esas trampas ¿no? Yo creo que todavía queda llegar a esa igualdad en la que no nos autoflagelemos ¿no?”.

GA

“Y la que decide no estar en eso, todo este discurso de las malas madres. En el momento en el que te posicionas en otro sitio, yo lo he tenido, yo soy muy poco cuidadora, necesito mucha libertad, pues cada una nos hemos hecho de alguna manera, y sí esa sensación de... igual no me estoy implicando como me tengo que implicar, esa sensación de mala madre. Y no quiero ni pensar cuando me toque cuidar de mis padres, si en algún momento me toca, que supongo que sí”.

GP

Cómo se ha recogido previamente, **las razones que motivan a las mujeres a realizar ellas en solitario las tareas de cuidado**, son consecuencia de la socialización de género (alta exigencia, eficacia sobredimensionada, crítica social como malas madres, etc.), porque a través de dichos cuidados estas consiguen **reconocimiento social** -difícilmente accesible estructuralmente para ellas en otras áreas- **y cierto poder**, que podría adjetivarse más bien como *pseudopoder*, y **que genera importantes contradicciones**, tal y como se recoge en los siguientes párrafos:

Diálogo grupo mujeres:

P1. “Además de las políticas públicas, tenemos necesidad de cambiar a nivel educacional. La idea de que las mujeres somos las organizadoras del espacio doméstico y ellos ayudan. Y es interesante en la reflexión, llegar al punto de darnos cuenta de que las mujeres no tenemos poder en ningún ámbito, y que es en los cuidados el único sitio en el que lo tenemos, por eso esa dificultad de soltar, porque el espacio doméstico es el único espacio en el que tenemos ese poder. Ese es el espacio en el que mandamos, pero mandamos en un ámbito infravalorado, feminizado, empobrecido, mirar lo que nos dejan, ¿no?”

P2. A mi particularmente me crea muchas contradicciones, porque efectivamente yo me puedo ver con ese poder de organización y tal, pero a la vez me da mucha rabia porque no quiero tenerlo, quiero que sea compartido, esa es una doble cara complicada

P1 Nosotras siempre en el filo del cuchillo, porque estamos en esa posición estructural.

P3. Porque tenemos que elegir, que a ellos eso no les pasa”.

GM

Pero también, las mujeres realizan de forma exclusiva o muy desequilibrada la tarea de los cuidados **porque consideran que ellos no lo van a hacer como ellas o lo van a hacer peor** (omnipotencia):

Diálogo grupo mujeres:

P1. “¿A ti se te hace fácil dejarle a él? ¿Crees que va a hacer igual que tú todo?”

P2. Yo sí...

P3. Igual, igual... Lo va a hacer diferente.

P1. Yo te digo porque yo soy una pectorra, yo quería que lo hiciera, pero siempre encima diciendo: “es que no lo va a hacer”. Porque si luego le dices tres cosas y estás encima, dice: “pues hazlo tú con toda la razón del mundo” y me digo a mí misma: ¡por dios! Sé que hago mal”.

GM

En ocasiones, también lo hacen por **otras razones**, principalmente dos:

La primera, **porque el buen o mal desarrollo de las mismas tienen consecuencias para las criaturas**, para ellas centrales, no tanto para ellos que están en mayor posición de autocentramiento:

“Igualitario no es. Igual hay que hacer cierto acto de constricción, me voy a morder la lengua, a ver si ya... Pero al final, sabes que el que va a salir perdiendo es el crio, porque se queda sin la actividad, sin...”.

GM

La segunda, **porque ellos en ocasiones no se implican, o lo hacen de forma subsidiaria**. Ejerciendo el rol de *padres ayudadores* conceptualizado por Luis Bonino (2002), tal y como se recoge en el marco teórico:

“Lo que pasa con eso, es que hay una parte que ellos se incorporan como padres ayudadores, cuando ellas no están, ellos aparecen. Antes eran los padres ausentes, ahora dentro de la gente que está criando, ellos están, pero como padres ayudadores. Si está ella, ellos son subsidiarios, si no está ella, él aparece. Hay una parte de revisión nuestra obvia: “que me pasa a mí con esto, consigo el poder, me siento útil, importante, en el centro, quito-pongo, soy eficiente, ser “buena chica” asociada a la identidad de género”, y que ellos en términos generales viven bien cómo viven, y no tienen la necesidad de hacerlo”.

GP

A lo que se suma, que frente a la posición estructural de los cuidados entendidos como tareas prioritarias “de mujeres”, con la consiguiente naturalización de su realización y falta de valoración de las mismas, se establece la **sobredimensión valorativa de dicha ejecución de tareas domésticas y de cuidados para los varones**. Es decir, tiene lugar lo que se denomina **doble rasero**, pues ante una misma situación la evaluación que se realiza es diferente si la lleva a cabo un hombre o una mujer. Sobre todo, si la lectura de dichas tareas domésticas y de cuidados se llevan a cabo dentro del marco de la corresponsabilidad: *“Es que ese comentario ya está mal: “es que él colabora más”. Aún tenemos muy integrado eso de, hace más, que majo es, cuanto te ayuda, menudo padrazo que está en el parque, etc. Cuando lo hacemos nosotras, se entiende que es lo que: “nos toca”* (GA).

En relación a los **hombres**, además, se recogió en varios de los grupos, **la dificultad** que estos tienen **en el sostén emocional** que suponen y requieren los cuidados. La dificultad de ellos sobre todo se centra en la contención emocional, principalmente porque muchas veces en su proceso de socialización, han carecido de desarrollo en este sentido:

“Y luego debatíamos mucho sobre la parte afectiva, como en los procesos de socialización, nosotras somos las de los afectos, las del cariño, somos nosotras las que asumimos casi siempre la contención emocional de las criaturas, quienes estamos en esos momentos de los berrinches, de los lloros, muchas veces somos nosotras y ellos siguen teniendo muy atrofiada esa parte emocional. Entonces como van a sentir que es responsabilidad suya, esa atención de esa persona que no es solo cambiarle los pañales, acompañarle en el proceso, si ellos no se han trabajado nunca la empatía u otras emociones consideradas “femeninas” (ternura, etc.). Tenemos ahí varios retos con los hombres. Ellos se han incorporado más a la atención logística de las criaturas, pero no tanto a otras cosas. [...] y ahí tenemos un reto con los chicos, con nuestros hijos”.

GP

Por ello, se plantea la **necesidad de que los hombres se trabajen este desarrollo afectivo y emocional** desde que son muy pequeños. Resultando sorprendente que, todavía hoy, sigan vigentes prohibiciones emocionales por considerarse “femeninas” y por tanto vetadas para los hombres de masculinidad hegemónica. Se recoge como puede verse en la siguiente conversación un ejemplo sobre ese “*sí, pero no tanto como se puede pensar*”:

Conversación grupo mujeres:

P1. “Desde pequeños yo creo que habría que enseñarles a los críos ¿verdad?, antes no se hacían esas cosas, los hombres era: “no llores que va a venir tu padre”. Antes se hacían esas cosas, que me parecen todavía más raro ahora. La parte emocional de los críos es muy importante

P2. Yo comparto lo que decía ella, los mensajes desde pequeños a los chicos, creo que van cambiando, pero no sé si tanto. Yo ya he escuchado a madres de mi generación [tiene unos 45 años]: “no llores”. Si desde pequeño te están diciendo no llores, sé duro, es una represión; supongo que luego difícil que te salga a los 40, a los 50”.

GM

En ese sentido, se recoge en los grupos, **lo positivo que resulta la mayor permisividad que tienen las mujeres para mostrarse emocionalmente, en comparación con los hombres**. Algo que lejos de considerarse una vulnerabilidad, supone como humanas, una fortaleza:

Diálogo grupo mujeres:

P1. “A nosotras la parte de vulnerabilidad se nos permite, la parte de vulnerabilidad la podemos mostrar. De hecho, se nos fomenta. A ellos no se les permite, si consideramos vulnerable el tema emocional, que a mí no me parece para nada vulnerable, sino todo lo contrario, me parece una fortaleza [poniendo énfasis], pero a nivel social lo consideran vulnerable. Los chicos de 17 años no pueden mostrar ni un ápice de vulnerabilidad porque ahí, el macho alfa se los come.

P2. A mí me dan mucha pena, porque muchas veces ves que no tienen herramientas. No tienen herramientas cuando son críos, cuando son adolescentes, cuando son mayores, cuando son adultos. No tiene herramientas para expresarse, para expresar los sentimientos.

P3. O para desahogarse

P4. Les falta herramientas sobre todo en el plano emocional, muchas”.

GM

En relación a esto, dentro de los grupos también se debate sobre el tema de la expresión y la gestión emocional, centrándose principalmente en la división sexual del trabajo emocional. Considerándose especialmente destacado, el hecho de que al igual que los hombres tienen prohibidas ciertas emociones consideradas “genéricamente inadecuadas” (llorar, por ejemplo), las mujeres tienen otras como la ira, también vetadas, con las consecuencias que esto tiene para poder decir no o poner límites: “*Nosotras somos las que escondemos la ira*” (GM).

Frente a esta dificultad estructural de los varones para la gestión y expresión de ciertas emociones; **las mujeres se considera** que:

Uno, **tienen un mayor desarrollo y expresión emocional en comparativa con los varones**, algo que también intersecciona con la edad, cuando la presión social de género cede: “*Las mujeres normalmente expresan más las emociones en los pacientes que los hombres, pero es que también las personas mayores no retienen tanto ya las emociones con los hijos*” (GP).



Dos, **pueden permitirse hablar más sobre cuestiones consideradas íntimas**: *“Es que alguna vez hablando con amigos, las relaciones que se establecen entre mujeres a nivel de sentimientos y demás, las mujeres somos más capaces de hablar de cosas mucho más íntimas, los hombres... es que entre ellos, de intimidades no sé si hablan, de verdad. A lo fácil, un poco el fútbol, y ya estableces una relación así y ya está”* (GM).

A lo que se suma que, además, **suelen ser ellas las que llevan a cabo la contención emocional de la infancia**, algo que se ha apuntado en todos los grupos:

“En la infancia la contención emocional, el tema afectivo sigue recayendo más en las mujeres, esto es un tema de género, la parte emocional, la parte de empatía, etc.”.

GP

También se ha recogido en los grupos, tanto el **poco valor que se le da a esta parte “emocional” de los cuidados**, como **el impacto que su carencia tiene en los y las menores, sobre todo en situaciones de separación y divorcio**, donde se vuelve exponencial, pero no solo:

Diálogo grupo mujeres:

P1. “Cuando hablábamos antes de los nuevos modelos familiares, es otro de los focos en el tema cuidados, todo el tema de familias que están en procesos de separación y divorcio, tenemos un montón de menores que están ahí... que el cuidado físico en algunas ocasiones está, algo; pero el cuidado afectivo, emocional, toda la parte que tiene que ver con el apego, no. Es una realidad que tenemos, que tenemos muchas familias separadas, igual antes pasaba, pero actualmente mucho. Niños que transitan de un sitio a otro, que...”

P2. Eso para los críos también... ¿no? Dos padres y dos madres, 4 personas diferentes, ¿no?

P3. Dos casas.

P1. ¿Cómo se reparten los afectos? En todo ese reparto, ¿quién asume la parte emocional? Tenemos ahí una parte de cómo se gestiona

P4. Los niños son el máximo exponente de la dejación emocional, pero porque socialmente a esa parte más emocional de los cuidados, tampoco le damos importancia

P1. Ahí tenemos un reto de visibilizar que los cuidados no solo es atender lo físico, sino que es importante atender a la persona a nivel psicológico, hablar, conversación, el estar, el estar presente”.

GM

**Estas dinámicas** recogidas en el ámbito de los cuidados dentro del hogar, **también se ha visto en los empleos**. Destacándose dos de ellas:

La primera, el hecho de que **siguen siendo las mujeres las que ocupan la mayoría de los trabajos remunerados asociados a los cuidados**, lo que puede verse no solo estadísticamente, sino también de forma representativa en los grupos (enfermeras, trabajadoras sociales, trabajadoras familiares, educadoras, etc.). Además, dicho empleo por ser feminizado, está socialmente desvalorizado, tal y como se recoge en la siguiente conversación entre profesionales:

P1. “En las escuelas las trabajadoras somos todas mujeres, estamos ahora 28.

P2. Y en los 10 años que llevo solo he conocido a un hombre, un educador. En prácticas sí que hemos tenido, pero los menos

P1. Ellos están como de paso, hacen las prácticas de Educación Infantil pero luego, todos tienen la idea es seguir haciendo Magisterio. Es un trabajo al que se le está dando poco valor socialmente (al 0 a 3) es así. Y es que, como no está bien visto, como no está valorado, al final los chavales también: “solo hay que cuidar”, “solo hay que cambiar pañales”. Muchas veces la idea es que son guarderías, ¡¡jino!!!, son escuelas Infantiles, hay que cambiar de concepto lo siguen viendo así, entonces consideran que es un trabajo para mujeres”.

GP

La segunda, porque **las mujeres profesionales madres, son también las cuidadoras principales de sus propios hogares y criaturas:**

Diálogo grupo profesionales:

P1. “Lo vemos también entre nosotras las educadoras, médico de hijo van ellas, culturalmente lo llevamos dentro, el 90% por no decir el 100% a las consultas médicas con los hijos e hijas van las educadoras (las madres educadoras compañeras suyas)

P2. O dejan la ropa preparada, o...”.

GP

En este sentido, se considera clave la aportación realizada por una de las profesionales participantes de los grupos cuando afirma que todavía a día de hoy, el tema de **los cuidados**: *“sigue siendo una batalla personal en el ámbito privado, aquí cada uno lo que consiga dentro de cada relación”* (GP).

También se ha recogido previamente, **la intersección del género con algunas otras variables de jerarquización social, que complejizan el tema de los cuidados**, como por ejemplo puede ser la migratoria. Ya que la falta de redes en el lugar de destino supone una mayor sobrecarga de las personas cuidadoras principales, de partida, principalmente mujeres.

## 2.4 La provisión de los cuidados y su reparto

Para hablar de provisión de los cuidados, antes es necesario poder conocer no sólo qué se necesita, sino también quienes los necesitan. Es decir, cuales son aquellos colectivos con mayores necesidades de cuidados.

En este sentido, cuando emerge la cuestión de **quienes tienen mayores necesidades de cuidados** lógicamente **aparecen los extremos de la vida**: por un lado, la **población anciana**; y por otro, las criaturas en la primera etapa de su desarrollo. También es destacable el colectivo de personas con **diversidad funcional** o con determinadas **enfermedades crónicas**. Pese a ello, sin embargo, los discursos de todos los grupos hacia el cuidado, se han centrado principalmente en las personas mayores y personas con diversidad funcional, lo que indica que estos colectivos son los que más preocupan a las personas participantes, sobre todo el primero:

Diálogo grupo mujeres:

P1. “Personas mayores, yo creo que es el que más, el de los mayores.

P2. Y luego gente con discapacidad”.

P3. Enfermedades crónicas y también las criaturas cuando son muy pequeñas, en la primera etapa, desde luego, que necesitan 24 horas de supervisión”.

GM

Aunque la intensidad de cuidado que precisan es menor que el que necesitan las criaturas, se menciona también la **falta de acompañamiento parental o familiar** que viven las y los adolescentes; es decir, hijas e hijos que han pasado la etapa infantil y que pueden manejarse con cierta autonomía. La nuclearización de las familias, los requerimientos del empleo, la falta de red familiar cercana, hace que, en ocasiones, pasen bastante tiempo, solas y solos:

Diálogo grupo mujeres:

P1. “También está el colectivo de la gente joven ahora que trabajamos los dos fuera, son muchas horas que están solos. Pero hay un tiempo en el que dices, ya se han hecho, pero hay un tiempo en el que es mejor estar encima. Claro si tú trabajas, la otra parte de la pareja también trabaja, se supone que ya son mayores, igual hay que estar encima, y les dejas un tiempo, tampoco te dejan estar encima, están en esa edad.

P2. Además, es distinto de la primera infancia, necesitan otras cosas”.

GM

Los servicios sociales y sanitarios abarcan un área extensa en Huarte y el Valle de Esteribar. Respecto a los **núcleos poblacionales pequeños y con características más rurales** se señalaron varias particularidades:

Aunque un **recurso comunitario valioso** en las localidades más rurales del Valle de Esteribar es la **solidaridad de la red vecinal**, el **aislamiento** de vecinos y vecinas cuando **se carece de transporte propio o no** se dispone ya de **autonomía para conducir** se menciona como una situación más vulnerable para las personas que necesitan cuidados:

“En los pueblos la red vecinal se apoya muchísimo”

GP

“Se queda gente mayor sin carnet de conducir y se quedan aislados, las familias por la mañana están trabajando”

GP

Así mismo, se señala la **dificultad para contratar personas asalariadas** que se ocupen del cuidado de la gente mayor que lo necesita:

“Es más complicado el tema de contrataciones”

GP

Distintas mujeres de los grupos participantes mencionan situaciones muy vulnerables de **mujeres muy ancianas que viven solas en hogares encabezados por ellas**. Más allá del apoyo a las situaciones de dependencia, opinan que se tendría que considerar el reconocimiento de algún tipo de apoyo a estos hogares cuya tendencia, además, es creciente:

“Yo tengo una tía precisamente en esa situación en un pueblo, y que cuando llegaron, que necesita porque además tiene un problema de espalda impresionante porque va a cumplir 90 años y va encorvada totalmente y sus hijos no pueden atenderla porque trabajan sobre todo a las mañanas y porque tiene además una hija muy enferma. Y cuando fueron a valorarle la dependencia, pues la mujer se levantó bien de la cama, hizo todo estupendamente y les llegó la carta diciendo que no les concedían nada. Entonces dices: ¡joo! es que es difícil, es un tema para mí complicado. Ósea para mí complicado, de cómo llegas a ayudar a ese tipo de personas”.

GM

“Aquí ¿qué haces con una persona que en principio está bien? Para que me entendáis, no tiene nada en la cabeza, movilidad la de la edad, igual tiene un sueldo de viudedad muy bajo. Y claro, de repente se encuentra con 93 años, con 94, en casa, algo hay que ayudar, una persona no va a llevar una casa entera con 90 y pico años, no sé ¿no? Pero esa persona como no tiene ningún tipo de dependencia, a esa persona ¿qué tipo de ayuda se le da? A eso me refiero yo. Porque es que puede llegar, digo yo ¿eh? Puede llegar que la longevidad cada vez es mayor y que no todas las personas estén enfermas y sean dependientes. [...] Ahí esas personas si no tienen alguna dependencia Gobierno de Navarra no les da nada, nada. Porque solo valora dependencias”.

GM

**Las mujeres mayores que se han quedado viudas y precisan apoyos intensivos y prolongados de cuidados**, se señalan como uno de los colectivos especialmente vulnerables. Aunque tengan la ayuda económica correspondiente a los “grandes dependientes”, con pensiones bajas, si no existen otros recursos, difícilmente se puede asumir la contratación de una persona las 24 horas en el propio hogar:

“La ayuda que te dan por cuidado de un familiar que necesita una persona 24 horas, desde luego con la ayuda no la atiendes. Y todos sabemos lo que cobra esa persona, el gobierno también. Si te dicen que es un gran dependiente te dan tanto y no te llega. No te llega, y en general además somos las mujeres las que estamos viviendo más y hay mucha mujer viuda que, además, ganan menos, no llega.

GM

En relación a como se distribuye la provisión de los cuidados y como se realiza el reparto entre las distintas instituciones o subsistemas de la estructura social (estado, familias, mercado, ámbito comunitario, etc.), y de quien se considera que es la responsabilidad de los cuidados en nuestras sociedades, las personas participantes plantean las siguientes cuestiones:

### 2.2.1 Familias

En el grupo de profesionales, hay un consenso en afirmar que, en el modelo de Estado de bienestar familista, **la responsabilidad principal sigue recayendo en las familias y en concreto en las mujeres**. Cuando las familias no pueden asumir la intensidad de cuidado que se precisa en sus hogares, se buscan recursos externos públicos y/o privados. En ambos casos, limitados y difícilmente accesibles para todas las personas; ya que: por un lado, no todo el mundo tiene los recursos económicos para contratar los servicios que ofrece el mercado. Y por otro, la responsabilidad y la parte asumida por la administración pública es considerada subsidiaria, escasa y su gestión lenta. En este sentido es destacable el hecho de que, tal y como se ha recogido en apartados previos, los servicios y recursos para ser óptimos, deben responder a criterios de suficiencia, accesibilidad y calidad:

“El tema de la conciliación está muy difícil, y eso sigue recayendo inicialmente en la familia y una vez que la familia ya no puede más, se buscan recursos, tanto públicos como privados (ayuda remunerada interna), para atender a esas necesidades que tienen las personas mayores o dependientes”.

GP

“La gente cuando ya no se puede organizar en la familia: o tienes una buena situación económica y tiras para la contratación privada, o tiras a los recursos públicos en los que la burocracia nos mata”.

GP

“El mayor peso de cuidados a personas mayores sigue recayendo en la familia y la administración pública está poniendo parches, pequeños apoyos (centro de día, jubiloteca, etc.) y cuando hay que tomar una decisión final de residencia, que con la pandemia han quedado como han quedado... Lo que está haciendo la administración pública es parchear con pequeñas ayudas que no acaban de resolver todo lo que una persona necesita para su atención y se debería invertir en más recursos que se adapten a las necesidades de las familias y que ayuden a una conciliación real”.

GP

“Pues como buenamente pueden (ríen todas)”

GM

Si entramos a profundizar lo que ocurre en el ámbito familiar, en los distintos grupos participantes se señala que la **responsabilidad principal de los cuidados en las familias** (especialmente el de personas mayores, discapacitadas, enfermas) **es asumida por las mujeres**, principalmente madres, esposas e hijas. En los grupos, hay un consenso sobre el factor género, como fundamental, en el hecho de dichas mujeres, sean las principales cuidadoras en todo el mundo:

Diálogo profesionales:

P1. “Lo lideran las mujeres, aunque ahora está más repartido y se implican los hijos, normalmente la que lleva la voz cantante se reúne con quien lleva el tema y suele ser alguna mujer”.

P2. Salvo familias donde solo hay hombres en la familia”.

GP

“Mi padre fue dependiente total, pero estaba mi madre en casa y estaba bastante bien y nosotros estábamos con ella, pero era mi madre la que estaba, hasta que murió. Lo pudimos tener en casa por eso, porque mi madre estaba bien y estaba con él”.

GA

Es verdad que hay **otros factores** que intervienen en la mayor o menor dedicación de cuidado a las personas mayores, ancianas, discapacitadas: la importancia dada a la familia y la tradición de cuidar a los mayores en casa, los sentimientos de afecto involucrados, los valores y deberes morales y sociales, los sentimientos de lealtad, y reciprocidad, etc. Las mujeres participantes en los grupos señalan algunos de ellos: la distinta localización de progenitores mayores e hijas e hijos adultos, el tipo de relación personal que se tenga con ellos y ellas, el tipo de necesidad de cuidado en cada caso y el contexto y las circunstancias en que se da. Se subraya la distinción clara entre el cuidado a personas ancianas que van poco a poco convirtiéndose en más dependientes, a otras situaciones más duras como discapacidades severas, enfermedades degenerativas que van limitando gravemente el contacto con el mundo como son el Parkinson, el Alzheimer, o procesos de acompañamiento a la muerte de miembros de la familia más jóvenes:

Diálogo grupo mujeres:

P1. “Claro eso depende del tipo de familia que se tenga, y también de la relación”.

P2. O que tengas cinco hijos y cada uno viva en una provincia”.

P3. O qué te lleves fatal”.

P1. Las dos partes tiene que estar bien”.

GM

GM

GM

GM

GM

Al principio, hay que forzar un poco las situaciones (y el riesgo de entrar en conflictos), dice una de las participantes; pero desde todas las partes implicadas (personas que cuidan y aquellas que son cuidadas), consideran que merece la pena repartir el trabajo de cuidados.

En el grupo de mujeres también se señaló la necesidad de crear espacios de comunicación de diálogo entre los miembros de la familia para, sobre todo, afrontar las necesidades que van apareciendo:

“No es que no quiera, es que a veces no le haces ni participe [refiriéndose a su hermano], soy mujer, somos tres mujeres, entre las tres, es que ni se te ocurre”.

GM

“Oye, pues hay este problema, lo vamos a tratar entre todos y nos vamos a repartir los cuidados [...] con meterle en el turno ya le has invitado, ¿no?”.

GM

“Muchas veces no lo hacen porque les supone mucho esfuerzo ¿eh? [...] nosotros de 6 hermanos, 2 son chicos, yo me acuerdo con mi aita la mayoría de los cuidados éramos nosotras, pero ahora con mi ama hacemos turnos exactamente igual chicos y chicas. Y a mi ama, le duchan mis hermanos, le pone los rulos mis hermanos, al principio mal, luego mejor. Hacen todo con ella. Me parece un gusto increíble compartir con el resto de mis hermanos, porque tienes menos días, disfrutas más cuando estas con ella, y todos hemos puesto de nuestra parte, pero ha costado un huevo ¡eh! Ha costado, ha costado porque mi madre misma incluso decía: “sí hombres, dúchame tú que tu hermano anda mal en el taller”. ¡Joeee! Ha sido un curro de todos. Y valer, valer valemos todos cuando le quieres mucho a la persona. Le harás mejor o peor. Mi hermana dice: “pues yo le hago las uñas, la otra...”. Pero es verdad que un poquito forzar no viene mal, y la otra persona lo agradece mogollón”.

GM

**La naturalización** ha sido una estrategia utilizada para invisibilizar la construcción social y cultural que bajo el sistema sexo-género asigna repartos desiguales a hombres y mujeres en la producción social de la existencia y, en concreto, en las tareas del sostenimiento de la vida. En esta *nueva división sexual del trabajo* se van produciendo cambios. **La interiorización de esta naturalización se está resquebrajando, especialmente, en las mujeres.** No obstante, sigue habiendo camino por recorrer, porque aún no se traduce por parte de los hombres en la asunción de una responsabilidad compartida con dichas mujeres, ni al mismo nivel respecto a la necesidad de cuidar. En este sentido, las participantes del grupo de mujeres de Huarte son bastante unánimes en sus deseos de cambio hacia un reparto equilibrado de los cuidados entre hombres y mujeres:

Diálogo grupo mujeres:

P1. “El problema es cuando naturalizamos que las mujeres somos cuidadoras y ellos no”.

P2. O que no pueden como nosotras.

P3. Hay de todo, hay chicos muy cuidadores”.

P2. Tenemos que cambiar nosotras primero. A mí misma me sale decirle: (a su hermano) “anda vete, vete, que ya sé que andas tarde”. Y luego decía: “no, es su tiempo”. Hay que frenarse mucho. A mí me ha costado mucho, y a la ama ni te cuento, porque claro... [...] mi ama también lo entiende ¡eh!, y antes era los hermanos en la huerta pues vosotras a casa. Pero ahora tiene cada uno su horario, ella también ha cambiado el chip [...] está encantada”.

GM

“Es verdad que en el momento en el que se les incorpora o invita, la mayoría reaccionan bien... lo llevarán mejor o peor, pero reaccionan bien. Yo creo que se les ha excluido, vienen de ese... no sé si es privilegio o defecto. Este tú no, tú no...”.

GM

“Se aprende, es cierto. Igual no sabes, igual no sabes ni si sabes, como no lo has probado, no te ha tocado. Y es un gusto además, cuando funciona es un gusto”.

GM

“Antes de ser madres, tampoco sabes cómo vas a ser madre ¿no? Igual que tú no sabes, él no sabe, pues te tienes que poner ¿no? Se hace andando”.

GM

“Tu madre viene de la época anterior como yo, entonces hemos visto todo eso que el hombre a sus trabajos y la mujer a esto. Eso tiene que cambiar”.

GM

“Como lo han tenido cubierto toda la vida”.

GM

“Si nosotras no dejamos, ellos no cogen. A ellos también les viene también muy bien. Pero estamos intentando nosotras, incorporar otro discurso a eso. Aquí hablamos de responsabilidad de las personas. Que yo tenga la ropa limpia es mi responsabilidad, yo mancho mi ropa, yo me limpio mi ropa ¿no?; yo necesito comer, yo me hago la comida; yo decido tener criaturas y tengo que asumir la responsabilidad de las criaturas. Y eso no tiene sexo, no tiene género. Nuestros padres son la responsabilidad de todas las personas. [...] un poco desde ahí, incorporar la idea de la responsabilidad individual”.

GM

Cuando **el cuidado es intensivo y prolongado en el tiempo, y si, además se realiza en solitario**, hablamos de **sobrecarga**; situación que no beneficia a quien cuida, ni tampoco a las personas que reciben los cuidados. Las mujeres participantes lo valoran de forma unánime, como una situación insostenible e injusta. De hecho, la calidad del cuidado se resiente cuando hay un exceso; y, en cambio se disfruta de él, cuando es organizado, equilibrado, repartido entre varias personas:

“Y en muchas de las ocasiones tiene que ver con un tema de sobrecarga. Los cuidados son super txulos, bañar a la persona, limpiarla, es super bonito cuando no es una obligación, estás sola, sientes la responsabilidad sobre ti, entonces claro eso es difícilmente sostenible. Pero si está repartido es mucho más fácil, porque cuando te toca a la tarde y no la has visto toda la semana, y dices en plan: ¡pues que, a gusto, voy a pasar la tarde con mi madre! Si estás todas las tardes, estás super sobrecargada, si además trabajas en otro lado, al final cuidamos mal”.

GM

“Es que no te da la vida, terminas llevándolo mal. Además, que cuando repartes los cuidados, cada hijo aporta a esos padres cosas completamente diferentes, también a nivel sentimental [...] cuando es solo uno, aparte de que carga, además llega un momento que ya no sabes de qué hablar, que contar, [...] cuanta más gente haya mejor, yo que sé, tiene otra dinámica, la cabeza se mueve de otra manera, me parece muy importante eso también.



Porque la parte igual que tiene más que ver con la supervivencia, limpieza, comida, aseo, la compra y eso, a veces dices, aunque recaiga en alguien externo, que también le pides cariño, pero es que tú no te puedes desligar, esa parte ya está atendida, porque igual es una parte que tú no puedes atender porque estás trabajando, a veces de mañana, a veces de tarde, no puedes encargarte de llevar dos casas, es que te vuelves loca. Pero dices, bueno yo a las tardes que tengo libre, pues voy a ir. Casi te lo impones, con una asiduidad, aunque sabes que tienes el tema cubierto, vas porque quieres estar ahí. A mí me parece que tiene que ser así, y me da igual que esté en su casa como que esté en un centro, pero bueno, no es que te aparcen allá como ya está atendido, los demás... eso es lo malo”.

GM

Más en concreto se matizó la **situación tan vulnerable** que soportan **las cuidadoras de enfermos/as de Alzheimer** y que carecen de reemplazos para cuidar. En estos casos, el *cuidado a quienes cuidan* se queda en declaraciones de buenas intenciones, porque los recursos existentes no cubren, ni siquiera, necesidades de un breve descanso. Existen programas de respiro en las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer y voluntariado en determinadas organizaciones no gubernamentales, pero en estas situaciones tan extremas no encajan:

“Luego esos consejos de que la cuidadora (refiriéndose a cuidadoras de personas enfermas de Alzheimer) se tiene que cuidar, buscar sus espacios y todo eso, intento transmitirlo, pero a veces lo digo poco convencida porque la realidad es que, si a una persona no le da la vida cuidando a otra persona, esa historia de que tiene que relajarse, buscar sus espacios ... Creo que se me tiene que notar que lo digo poco convencida porque: ¿dónde va? Si no tienen una persona que la sustituya... derivas a AFAN a la asociación de familiares, derivas a actividades que organiza el ayuntamiento, pero para esa mujer ir a AFAN a Iturrama le supone faltar cuatro horas de su domicilio y no tiene quien le sustituya”.

GP

“El voluntariado...tramitas un voluntariado con Cruz Roja, un paseo de dos horas con la usuaria... Que le puedes decir a la cuidadora que se tome dos horas para ir a la peluquería o no sé... Los protocolos de salud en la atención a la demencia, una de las cosas es cuidar el cuidador, pero luego es muy difícil llevar a cabo esas cuestiones si tú eres la cuidadora principal o lo asumes en exclusiva. También es verdad que cada familia es un mundo, y hay situaciones en que tienen todo muy bien estructurado y no hay conflicto y otras en las que hay conflicto, porque hay mucho desequilibrio en el reparto. Si a esto le añades que los hermanos se han cabreado, que viene la de fuera una semana y pone vuelta al aire todo lo que la pobre que ha estado todo el año como una hormiguita. Eso es muy típico, en Navidad vienen todos (se refiere a los hermanos de la cuidadora) y cuestionan a la que ha estado día a día”.

GP

Por último, por parte de las profesionales se señala que una de las características de Huarte es el importante apoyo de la red familiar en los cuidados de mayores, sobre todo cuando existen hijos e hijas que permanecen en el pueblo:

“En Huarte hay mucha apoyatura familiar y social”.

GP

“Si hay red familiar cercana, igual cuatro o cinco hijos en un entorno muy cercano, que están aquí y se reparten para cuidar o acompañar”.

GP

“Nosotros hacemos turnos, hemos repartido entre la familia, y con eso cubrimos, de momento cubrimos”.

GM

Como se mencionaba al principio de este análisis **los cambios demográficos y familiares, ideológicos y culturales de las últimas décadas están removiendo los pilares en los que se sustentaban los cuidados en el modelo de estado de bienestar familista que descansaba básicamente en la solidaridad intergeneracional y con un marcado carácter “femenino”**. Con el cambio de posición de uno de los pilares del sistema (las mujeres), se tiene que recolocar el resto. En cualquier caso, la tendencia de una menor disponibilidad de la red familiar para abordar las tareas de cuidados de las personas que lo precisan (con discapacidad, enfermas de larga duración, personas muy mayores, etc.) y **la necesidad de reforzar el apoyo institucional o recurrir a los servicios del mercado** parece innegable:

“Red pública, red privada, y hay mucha interna en las casas”.

GP

“La contratación está a la orden del día, se ve mucha gente mayor, con mujeres extranjeras, yo creo que puede haber de las dos partes. Mucho apoyo familiar, pero también mucha contratación externa, porque no llegas a todo”.

GM

### 2.2.2 Recursos públicos

En relación a la parte que aportan al cuidado de las personas, **los recursos públicos**, la valoración que se hace en los grupos participantes tanto de profesionales como del resto de grupos, es que los servicios públicos **son escasos y no cubren todas las situaciones**.

En relación al manejo por parte de la administración pública respecto a los cuidados son destacables tres cosas:

Por un lado, que la **línea prioritaria de acción**, señala una profesional que participó en uno de los grupos, se basa en la estrategia de la **dotación de pequeñas ayudas económicas para que las familias acudan a contratar servicios privados**:

“En principio la familia es la que sostiene, y ayudas económicas para acudir el ámbito privado está cogiendo bastante peso, porque así lo está resolviendo la administración pública”.

GP

Por otro lado, que **las prestaciones económicas** que existen en la ley de dependencia, tanto para el apoyo a las personas de la familia que cuidan, como para la contratación de una ayuda exterior remunerada, se valora que **son escasas**:

“Teóricamente la ley de dependencia y su cartera de servicios, lo que hay es la ayuda por cuidados en el entorno familiar, si la mujer es la cuidadora del esposo u otros casos y, la prestación que es un poco mayor, si hay contratación. Pero si quieres acceder a otros servicios, es que está muy mal, por ejemplo, no hay plazas para centros de día”.

GP

A todo ello se suma que, **cuando la red familiar no puede asumir los cuidados principales** de las personas dependientes o muy ancianas, los recursos institucionales ofrecen poco apoyo en estas situaciones, valora esta profesional. En concreto, señala la **ausencia de ayudas** institucionales para las **personas que no consiguen la valoración de dependencia, aunque necesiten algún tipo de apoyo**:

“Yo creo que a veces se juntan las dificultades que hay en el cuidado en la red familiar, por todas las obligaciones que hay laborales. Y eso que a veces hay voluntad, pero hay limitaciones propias del trabajo o personales propias, y a veces para contar con los apoyos externos, hay dificultades para hacer frente a eso. La típica pregunta de una persona que viene por primera vez ante una necesidad de apoyo: “¿qué ayudas hay? ¿económicas?”. Y está la segunda parte, que institucionalmente hay poco. Se junta la dificultad propia, con la dificultad de infraestructuras, y a veces te da un poco de vergüenza, porque si una persona no está valorada como dependiente, no hay acceso a ninguna prestación o servicio, pero a veces puede ser que una persona no esté valorada como dependiente y tenga unas necesidades, porque a ves el límite está muy... Entonces solo puedes decir: “contrate usted o acuda al SAD que le van a dar una hora al día” el otro día un hombre me decía: “¿todo esto para ciento y pico euros?” Entonces, bueno... hay mucha dificultad en ese sentido, que el acceso a los recursos no es fácil, que no hay muchos y no están al alcance de todo el mundo, entonces hay mucho de dejadez y menos apoyo del que tendría que haber”.

También las demencias y la enfermedad de **Alzheimer en su fase inicial**, aparecen en el discurso de las profesionales como un punto crítico en las valoraciones de dependencia. Los apoyos: o bien no existen o bien son insuficientes en estos estados incipientes de enfermedad mental, pero que alteran de forma importante la vida cotidiana y precisan de un acompañamiento y cuidado continuos. Es importante que todas las personas puedan ser acompañadas para tener una vida funcional. Es decir, que las actividades de la vida cotidiana puedan ser realizadas adecuadamente:

“En relación a ciertas enfermedades, las valoraciones de dependencia, por ejemplo, en estados incipientes de demencias o Alzheimer, puedan dar el pego. Quien está las 24 horas percibe las dificultades, pero igual va la valoradora y en 10 minutos o una hora con los cuestionarios que se manejan pueden pasar como dependencias leves o moderadas y, sin embargo, la gente se olvida de comer, o se pone una falda en la cabeza”.

GP

“O le pones la comida, pero no se la come”.

GP

“Si no hay alguien pendiente: ¿puede vivir? Pues malviviría”

GP

Una y otra vez -en los discursos de los grupos-, la valoración de la **escasez de recursos y servicios públicos para el cuidado, se imbrica con la red familiar**. Si uno de los pilares que sustentan los cuidados es insuficiente, el peso mayor recae en el otro. Ciertamente también existen los **servicios externos contratados**, sin embargo, en ocasiones -que cada vez son mayores como lo señalan los indicadores vinculados a la precariedad y la pobreza-; no se pueden asumir.

Se señala nuevamente a los hogares con menos recursos, donde será la red familiar vinculada a estos hogares, la que sostendrá fundamentalmente los cuidados de las personas que los necesiten. Incluso en los casos en que la ayuda a la dependencia corresponde, la excesiva burocratización de la gestión pública, hace que llegue tarde y sean las familias también, las que mantengan hasta el final el cuidado de sus mayores dependientes:

“Yo pienso que recae también en las familias como dices tú, sobre todo al principio, y que las ayudas para mí llegan tarde, hay gente que está muy apurada”.

GM

“A mi padre en concreto al día siguiente de que se murió vinieron a hacer la valoración. Igual ya estaba solicitado hace 4 o 6 meses, y era así para todos el tiempo que había que esperar”.

GM

“[...] y luego también hay gente que económicamente igual no está tan bien, no puede permitirse, no ven la salida, quizás con las ayudas que se les ofrecen no se lo pueden permitir y yo creo que al final el cuidado recae en la familia, fundamentalmente”.

GM

En relación a los **recursos que** han aparecido en diferentes grupos y que **se han considerado** por parte de las personas participantes **de interés para los cuidados, pueden destacarse tres:**

**El primero, aquel recurso para la promoción de la autonomía y prevención de la dependencia** que se había puesto en marcha antes de la pandemia, que quedó casi suspendido y, puntualmente, se está realizando en el domicilio. No obstante, en su diseño, esta profesional ve un problema; ya que es la cuidadora o responsable del cuidado, la que tiene que llevar a la persona usuaria a los centros existentes (en el caso de Huarte el desplazamiento es a Pamplona o a Erro). Lo que reduce el tiempo de descanso de esta, también, objetivo de la ayuda:

“Los servicios de promoción de la autonomía y prevención de la dependencia que justo se habían puesto en marcha antes de la pandemia, no se han retomado, han hecho algo a domicilio. Y que es como un centro de día, pero en muy poquita intensidad, como mucho dos tardes creo; pero el cuidador le tiene que llevar. Hoy, por ejemplo, me han llamado de enfermería que iban a ir al domicilio de una cuidadora super sobrecargada. Pero estos servicios, si la cuidadora le tiene que llevar a la persona a Pamplona o a Erro para esto, dos horas, pues poco respiro vas a tener”.

GP

El segundo, destacado por otra de las profesionales, es el de las **prestaciones económicas vinculadas a recursos como los Centros de Día o las Residencias**, pero donde también las familias tienen que hacer frente a lo **elevado de sus costes**. Es la derivación a los recursos privados, cuando el núcleo familiar dispone de recursos, la que predomina:

“No hay recursos. Se está dando dinero para que la gente vaya a centros privados. La prestación vinculada al servicio es una prestación económica, que se da para que vayas a un centro de día privado o a una residencia privada”.

GP

El **Centro de Día** que podría ser una opción para repartir el cuidado de las personas dependientes, carece de plazas concertadas y solo reciben ayudas económicas las personas que, al menos, llegan a una valoración de dependientes moderados. La trabajadora social que realiza estas valoraciones comenta lo complejo de las situaciones que se le presentan:

“Otra opción es centro de día por la mañana, y por tarde hijos”.

GP

“Es que no hay plazas concertadas en el Centro de día, se les da una ayuda económica para ocupar una plaza privada y perciben una prestación vinculada al servicio. Ir a lo privado, pero para eso tienen que llegar a una valoración de moderado, y yo lo que veo es que, en las valoraciones de dependencia, esto es muy difícil. Claro dices, de 0 a 25 que el señor es no dependiente, se queda con 23 puntos, pero pocas menos necesidades tiene que el que tiene 25 y; en esos límites, -que de alguna manera hay que establecerlos-, pero te quedas fuera”.

GP

“La gente llega y dice: “es que me han dicho que hay ayudas”. Y luego cuando les cuentas lo que hay, al final la situación de cuidados la tienes que resolver tú, porque que te den 180 euros para un moderado, pues igual mucho no te soluciona: ¿cuánto apoyo externo puedes contratar con eso? ¿Cuánto te soluciona?”.

GP

Desde la valoración de las profesionales, el **servicio de ayuda a domicilio (SAD)**, después de más tres décadas de andadura, se presenta como un **servicio obsoleto que requieren un reajuste** importante a las necesidades actuales, que precisa renovar su estructura y ampliar los servicios que ofrece a día de hoy, lo que significa aumentar su dotación económica y de personal.

El SAD nace como un recurso de **prevención y apoyo** a las personas en la realización de aquellas **actividades de la vida diaria**, que no puedan ejercitar por sí solas. Pero, también, para colaborar en el **mantenimiento de las personas usuarias en su entorno habitual**, prevenir el riesgo de marginación, aislamiento, así como estimular el desarrollo de sus capacidades funcionales para las actividades de la vida diaria, entre otras funciones. En la actualidad, desde la puesta en marcha de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), el SAD **atiende de forma creciente a personas cada vez más dependientes, reduciendo su función de preventiva y educativa**. Es escaso, dado que **no cubre una atención de mañana y tarde, ni de fines de semana**; y cuando se necesita una atención más intensiva o una **solución urgente, al estar colapsado, se deriva a los servicios privados**. Una vez que el deterioro de las personas atendidas es mayor, la opción que queda es la institucionalización en una **residencia** o la **contratación de una persona interna** en el domicilio:

“Y luego el SAD no ha modificado su estructura en 30 años o en más y encima peor, porque si entendemos que el SAD es un servicio de prevención de las situaciones de deterioro para personas que no están muy deterioradas, ahora con la dependencia nos obliga a garantizar en servicio a personas mucho más dependientes, con la carga que eso supone y esto no se ha modificado, sigue igual y nosotras solo tenemos servicio de mañana y es muy puntual, que sirve a personas que están acompañadas por familias o a personas solas cuando están todavía en una situación buena; porque, si se deterioran, solo queda la salida a residencia o a persona contratada interna en casa.

El SAD no ha evolucionado, al revés con la dependencia se ha complicado, está dejando de ser un servicio de prevención, para ser un servicio de atención muy puntual. [...] El SAD, por desgracia, es el último programa en el servicio social, no se le da el valor que tiene, no está valorado, cubre unas necesidades, pero con unas limitaciones muy importantes, trabajamos de mañanas de lunes a viernes, los sábados y domingos no se cubre. Pamplona tiene más apertura a otros servicios, pero están privatizados, no son públicos, hay deficiencias en ese sentido”.

GP

**La mayoría de las personas que atiende el SAD en Huarte son mayores de 80 años y sobre todo mujeres**, aunque también atiende a personas con discapacidad y menores que necesitan apoyo socio-educativo, aunque estas son las menos. La feminización de las profesionales que sustentan este servicio, es evidente; también en Huarte. Pese a ello, cuentan con un trabajador hombre entre su plantilla.

**El SAD** hace un gran trabajo puesto que cubre las necesidades básicas de las personas que acceden al servicio en su dimensión más física, pero también afectiva. Se señalan los casos de personas atendidas que carecen de vínculos con el exterior, como una posición tremendamente vulnerable:

[...] En nuestro caso del SAD es que somos el único vínculo con el exterior y sí que hay mucha gente que necesita abrazos. En la pandemia se nos decía: “no abracéis” y para ellos eso ha sido muy duro, y hay gente que se te lanza; para la gente mayor ha sido muy duro y para los niños también”.

GP

Entre las trabajadoras del SAD aparece esta necesidad de mantener este autocuidado propio dentro del servicio, planificando el trabajo y, también, a través de un sistema de rotación de las personas que atienden en los domicilios. Señalan que los vínculos que establecen con las personas usuarias, tienen un componente emocional que, en ocasiones, es duro de sobrellevar.

“En el SAD, los cuidados mayormente a las personas dependientes para mejorar la vida diaria, personalizada con un plan de trabajo, unos objetivos, sobre todo, suele quemar mucho la parte psicológica, la parte emocional, porque el trabajo está dentro de la casa, de su intimidad”.

Algo que comparten con las cuidadoras (parejas, hermanas, hijas, etc.) dentro de las familias, como son: *“mucha carga psicológica y física y con las personas dependientes para el cuidador familiar si está mucho tiempo, es mucha más”* (GP). Sobre todo, en los casos de Alzheimer o demencias: *“Con el tema físico es más fácil de manejar, pero con el tema de las demencias, de los alzhéimeres. Lo más difícil es cuando empiezan las demencias”* (GP).

**Entender los cuidados de forma global y no solo de forma asistencial y centrados en las personas, no tanto en la tarea**; supone para las profesionales implicadas un **trabajo en equipo y en red, planificado y reflexionado conjuntamente caso a caso**. En este sentido se valora que les falta tiempo, que el servicio está sobrecargado de responsabilidades, lo que hace que se resienta la calidad del mismo:

“Nosotras llevamos en servicio de ayuda a domicilio, que se dirige al conjunto de la población que tiene limitaciones en las actividades de la vida diaria, para que puedan mantenerse las personas en su medio habitual; ese es el objetivo principal en el SAD. Se hace la planificación individual, en función de las necesidades de cada persona. Con carácter prioritario, atendemos a personas mayores con dificultades para la autonomía personal, personas con discapacidad y también menores que necesitan un apoyo socio-educativo con el trabajo que hacen las educadoras; pero estos casos son los menos. El equipo está formado por las Trabajadoras Familiares que atienden directamente en los domicilios, tenemos 4 trabajadoras familiares y 1 trabajador familiar y un grupo de sustitución que son todas mujeres. Contamos con personal administrativo de apoyo y una educadora social cuando se necesita. Las actuaciones principales son: apoyo, atención personal, apoyo doméstico y actuaciones básicas de apoyo psico-social. Estamos atendiendo a 10 mujeres: una de 58 años y el resto mayores de 80, y a 8 hombres: 2 de entre 50 y 55 años, 1 de 63 a 64 y resto (5) mayores de 80. [...] calidad, ninguna (se ríe...) vamos al día, se hace una planificación y coordinación de los casos que se van a atender y luego tenemos una reunión semanal para atender los casos. El trabajo lleva un sistema de rotación para evitar la sobrecarga de las trabajadoras familiares, cambiamos de usuarios, vamos aplicando el sentido común, el tiempo nos come, y, además, porque yo también me dedico a acogida, dependencia, discapacidad”.

GP

La **coordinación con otras personas profesionales**, especialmente en el ámbito de la salud **es constante**. Se señala que hay una mayor burocratización en los protocolos de coordinación, y como consecuencia una lentificación de las actuaciones; sobre todo, porque las vías son menos directas que hace un tiempo:

“La coordinación con otros profesionales, por ejemplo, con el Centro de Salud, antes con el médico y la enfermera era más de tú a tú. Esto ha cambiado el sistema de trabajo, antes el contacto era más directo con el personal de enfermería, ahora hay que ir a través de la coordinadora de Servicios Sociales a la Trabajadora Social de Salud, luego a los profesionales”.

El SAD, como servicio público que es, exige cualificación profesional a su personal para realizar los cuidados en los domicilios (diploma socio-sanitario, auxiliar de clínica o acreditación de competencias en esta área). Aunque en ocasiones, **en las zonas más rurales, existen dificultades para la contratación**. Seguir con la acreditación de competencias de personas que puedan ser contratadas como cuidadoras en mejores condiciones, es una buena práctica para seguir reforzando la atención en los domicilios:

“Se exige cualificación, está todo regulado, está la titulación socio-sanitaria o auxiliar de clínica, está más profesionalizado y acreditado y esto supone mejoras en la contratación; pero luego, están las dificultades reales de contratación y hay algunas excepciones para la contratación como hay ahora (refiriéndose al COVID). Si no hay una persona habilitada en la zona y estamos en estado 3”.

GP

“[...] También es más frecuente que la gente tenga la habilitación profesional, porque la ayuda es mayor si contratas a alguien con habilitación profesional y eso lo profesionaliza”.

GP

**El SAD no se conoce suficientemente** o hay reticencias a utilizarlo, señala una de las mujeres participantes en los grupos:

“Hay trabajadoras familiares que les levantan, les asean les dan la comidita, dependiendo de la renta pagas un dinero. Hay mucha gente que no lo conoce, pero lo hemos pagado mucha gente, tiene el mismo derecho todo el mundo, aprovéchate de ese servicio, mucha gente dice: no, no, no”.

GM

La necesidad de que **las administraciones públicas** ya sean estatales, de las comunidades autónomas o locales, **apuesten por una mayor inversión económica y de recursos** es una de las ideas que aparece de forma recurrente en los grupos.

El cuidado intensivo y de larga duración -que no puede olvidarse, principalmente desarrollan mujeres-; requiere una excesiva aportación en tiempo y dinero, que precisa de un apoyo mayor que el que a día de hoy se contempla desde las políticas públicas; especialmente en los hogares sin redes familiares de apoyo y con menos recursos. Los costes económicos que suponen los cuidados de personas dependientes o muy ancianas se ponen en evidencia:

“[...] sobre todo hay que meter más dinero”.

GM

“Aquí hacen falta muchísimo los recursos, eso está clarísimo”.

GM

“[...] yo creo que también es verdad que a nivel de Estado si se mojaran más y hubiera más apoyos económicos seguro que se harían muchísimas más cosas a nivel municipal”.

GM

“Es que además una simple silla de ruedas ya vale un montón”.

GA

“Y una residencia al mes: ¿quién se puede pagar eso? Y si tienes hijos te ayudan y, ¿si no tienes?, ¿qué haces?”.

GM

En relación al **cuidado de menores**, la familia y los servicios tanto públicos como privados (escuelas infantiles, guarderías, etc.), son los sostenes principales del cuidado en su primera etapa.

**Las escuelas infantiles** de Huarte son los recursos fundamentales para el cuidado y la atención de menores de 0 a 3 años. **Las profesionales** que participaron, señalan la **excesiva ratio de criaturas** que tiene cada educadora, para proporcionar una atención de calidad a niños y niñas (individualizada y de fomento del apego). Se sienten poco valoradas y reconocidas por los y las representantes políticos/as:

“Es un trabajo al que se le está dando poco valor socialmente (al 0 a 3) es así, ahora hemos empezado con movilizaciones”.

GP



“Nosotras no vemos que la clase política entienda lo del 0 a 3, no lo entienden. Entonces, si partimos de ahí, no entienden los ratios, no entienden los salarios, no entienden como están las educadoras: 14 criaturas o 16 para una persona sola y 8 horas, son muchas horas. Pero luego, te vienen que si inglés, que sí.... Pero si lo que necesitan los niños es estar con nosotras, estar menos, que tengan esa calidad y esa garantía de cuidados, para crear ese vínculo emocional que muchos necesitan. Y, si no lo entienden y lo consideran una guardería, desde ahí mal. Vamos a empezar una huelga, para que se visibilice la importancia que tiene el 0 a 3. Son una salvajada los ratios que tenemos, una educadora con 8 niños de menos de 1 año, es que ¡es horrible! Uno tiene que comer, otro tiene que dormir, no se les puede atender bien, mientras no crean en el 0 a 3 años”.

GP

Además del trabajo habitual que realizan, cuando se trata de menores de 0 a 3 años que sufren algún trastorno/dificultad en el desarrollo o tienen riesgo de padecerlo, se coordinan con el Servicio de Atención Temprana, con Pediatría y con el Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra. En este sentido, destacan la dificultad y la falta de recursos (orientación en el centro) para afrontar las **situaciones especiales** que se les presentan y la forma de afrontarlo con las familias, su inseguridad -porque no corresponde a sus funciones pedagógicas ni de cuidados- en los posibles diagnósticos, la necesaria labor de contención en un primer momento, evitar el juicio hacia padres y madres, o el mensaje de que *“lo están haciendo mal”*, visibilizan un acompañamiento en este sentido complejo:

“Trabajamos en red con el servicio de atención temprana, con las pediatras y con el CREENA. Estamos muy perdidas, en Pamplona las Escuelas Infantiles tienen una orientadora que pueda hacer este trabajo, cuando nosotras observamos algo en alguna criatura somos nosotras las que hablamos con la familia, y para las familias es un drama, tratamos de tranquilizar, pero no estamos preparadas para eso. Hacemos la derivación, vienen un día a observar dos horas y...: “no, no pasa nada”. Vienen, te dicen puedes hacer esto y esto. Además, el CREENA como están a tope y nosotras no llegamos -una educadora con 14 criaturas-, no los puede atender adecuadamente”.

GP

“Y luego está la dificultad con las familias, por ejemplo, si comentas: “notamos que no habla el crío” y te dicen: “pero en casa habla” o con el comer: “en casa come” y tú ves que está así (enseña un dedo meñique) y claro entrar ahí sin juzgar, es difícil”.

GP

En relación al cuidado de menores, decir que la posibilidad de **conciliar vida laboral y familiar** es realmente complicada en algunas situaciones, las razones estructurales tres principalmente:

**La primera, la estructuración del mercado laboral. Que hace que la conciliación no siempre sea una opción** para madres y padres **empleadas/os en el mercado laboral**. Dependiendo del tipo de jornada, turnos, horarios, distancia y tiempo de desplazamiento al lugar de trabajo, el modelo de reparto del cuidado que tengan las parejas, etc., las dificultades de conciliación pueden ser mayores o menores.

La segunda, **los horarios de las Escuelas Infantiles públicas** que, en muchas de las ocasiones, no se adaptan a las necesidades que marca dicho mercado laboral.

La tercera, la falta de previsión del servicio ante situaciones puntuales de enfermedades que, aunque no sean graves, ni prolongadas en el tiempo, rompen la dinámica cotidiana y exigen un cuidado intensivo que padres y madres con responsabilidades laborales, no pueden ofrecer al completo. Por eso, **abuelas y abuelos** (cuando esta red familiar existe) **se mencionan como un gran sostén del cuidado de nietas y nietos**. Las responsables de las Escuelas Infantiles de Huarte así lo señalan, cuando los progenitores son autóctonos. Sin embargo, en el caso de las **personas inmigrantes** que proceden de otros países, pero también aquellas que proceden de otras comunidades autónomas y no cuentan con redes de parentesco cercanas, se menciona una situación de franca **vulnerabilidad**, consecuencia de dinámicas estructurales, como la ausencia de red familiar de apoyo, en Estados de Bienestar familistas:

“Yo a las personas inmigrantes las veo muy solas y el día que se les pone el chiquillo/a enferma es un drama porque no pueden dejar de trabajar y no tienen a nadie en casa, no sé ni como lo hacen. [...] La gente “de fuera” no tiene red: “no puedo ir”. Antes se hacía servicio de guardería, pero ahora con la COVID, no se juntan aulas y no se hace. También, reuniones de la educadora con las familias y te dicen que no pueden o intentemos hacerlo en horas en las la criatura está en el centro. Pero cuando se ponen enfermos... El otro día que ella (refiriéndose a una madre usuaria) había pasado COVID, y ya estaba de alta, pero la criatura tenía que estar los 7 días, más otros tres y la mujer: “pero, ¿qué me estás diciendo? ¡No puede ser! ¿Me estás diciendo que me quede sin mis diecisiete días de mis vacaciones? Se quedan (y hace un gesto de sorpresa)”.

GP

En el modelo de euskera como la gente es de aquí, lo resuelven las abuelas y los abuelos, que hacen mucho papel, aunque el tema COVID ha limitado mucho. Como no sabes si pueden tener o no, no se deja tanto con los abuelos y en el trabajo no puedes faltar un día sí y otro también, que el tema laboral no nos ayuda nada en esta situación”.

Parece claro el **consenso general** en los grupos, de que **los recursos públicos son insuficientes -sobre todo los relativos al cuidado de personas mayores, enfermedades crónicas, diversidad funcional, etc.-, poco accesibles y en ocasiones necesitan renovación y mejora de su calidad**. Además, en el grupo de asociaciones y colectivos sociales, hubo quien señaló como la ideología del actual sistema capitalista de maximización del beneficio y la rentabilidad, impregna también la gestión política de dichos servicios públicos del cuidado, cuando son las necesidades sociales las que tendrían que estar en primer lugar:

“A mí me parece que el gran peso, por lo que hemos comentado y lo que yo conozco, se lo llevan las familias, por lo menos lo que yo conozco. Y, aunque se vayan a residencia, la familia suele o poner el piso que tenían o lo que sea, pero al fin y al cabo lo están subvencionando las familias. Si que hay ayudas, no sé si de Gobierno de Navarra o lo hacen desde Salud o no sé cómo funciona, sí que hay ayudas a la dependencia y ayudas económicas, dependiendo del grado de dependencia que tengan. Pero claro, es que, entramos en la cosa de los gestores de la comunidad, que son los políticos, estamos gestionando un dinero que si no da beneficios ya es una pérdida y estamos en lo de siempre, los servicios no son beneficiosos, tienen que ser servicios, y a las personas mayores hay que darles servicios, si necesitan ayuda tendrás que ayudarles [...] yo creo que hay que mirar más por las personas”.

GA

“[...] desatendidas totalmente, pero salimos adelante. Entonces los políticos siempre están: “esto es una pérdida”, servicios es igual a pérdida: ¿lo mantienen las familias? No es mi problema”. O sea, es la visión igual muy pesimista que tengo”.

GA

### 2.2.3 Servicios privados (mercado)

La contratación de empleadas remuneradas para el cuidado en el domicilio de personas muy ancianas, en situación de diversidad funcional, enfermas, etc. se menciona como una tendencia creciente, cuando la red familiar no existe o no puede o no quiere asumir los cuidados principales. Cabe destacar aquí el papel fundamental que las mujeres inmigrantes realizan como cuidadoras remuneradas en la atención de personas que quieren permanecer en sus hogares. La intersección de tres ejes de desigualdad claves como son el género, la clase social y la condición migratoria es clara en este tipo de cuidados:

“Sí, se ve un aumento de ayuda remunerada en los domicilios, internas, mujeres inmigrantes”.

GP

Pese a ello, la contratación privada apenas aparece como opción del cuidado de menores en Huarte:

“[...] en el 0 a 3 lo privado no es tanto, yo solo tengo una familia que tiene cuidadora”.

GP

## 2.5 Consecuencias de los cuidados y factores protectores frente a las mismas

### 2.5.1 Consecuencias de cuidar y necesidad de las personas de ser cuidadas

Muchas de las consecuencias de cuidar (para familiares y/o profesionales) se han ido recogiendo en apartados previos; fundamentalmente podrían resumirse en cinco:

La primera, que **los cuidados no tienen reconocimiento social**, por lo que no se consideran socialmente centrales, no son prioritarios, no se apoyan y las condiciones laborales en las que se ejercen están caracterizadas principalmente por la precariedad.

La segunda, que una de las características que tienen los cuidados intensivos y prolongados, es la **falta de tiempo y la falta de descanso, derivado de la sobrecarga**. Ambas situaciones estructurales para las mujeres, tiene grandes consecuencias para estas a nivel personal, laboral, de salud, etc. tal y como se recogen en los fragmentos señalados, sobre todo en relación **la carga psicológica y física que supone el cuidado** de personas dependientes:

“No hay un descanso. Y se llevan una parte muy dura, la mental, también la física, pero sobre todo en la mental, el desgaste psicológico del día a día, son 7 días a la semana y todo el año y si descansan un día ya están pensando en... ”.

GA

“Sobrecarga física, agotamiento, estrés y tampoco puedes parar en el fin de semana, ni cuando cuidas criaturas, ni cuando cuidas personas mayores o dependientes”.

GP

“Y luego otra de las consecuencias que tú la has nombrado, la falta de tiempo, que tienes menos tiempo, pero hay que ver en la realidad eso cómo se traduce, menos tiempo para autorealizarte, en lo que sea: ocio, deporte, a nivel profesional poder hacer una formación. En ese sentido ellos nos siguen llevando ventajas, promocionan mucho más a

nivel profesional, hacen mucho más deporte... Esto tiene consecuencias en nuestra vida, en el desarrollo de nuestra vida, en las oportunidades. Eso es lo que yo veo”.

GM

Dicha carga emocional del cuidado, sobre todo tiene lugar en dos ocasiones: si se está mucho tiempo y en enfermedades como alzhéimer y demencias, tal y como se ha recogido previamente. Pero, además, en los grupos también se ha visibilizado: por un lado, en las cifras en torno a la salud mental de las mujeres (depresiones, ansiedades): *“y que está muy relacionado con todo este nivel de estrés, de la doble jornada, agotamiento, no dormir por las noches, la carga emocional, etc.”* (GM). Y por otro, en las cifras de los talleres de empoderamiento para mujeres:

“Y vemos que no es casualidad que, cuando planteas estos talleres para trabajarse cosas, el perfil que tenemos son todas: alrededor de los 40, madres, con criaturas que ya llevan unos años de crianza. No es una casualidad, ahí pasa algo. Llegamos a una edad que llevamos unos años de trayectoria de cuidar a las criaturas y todas necesitamos hacer actividades de chi kung, de empoderamiento, de danza, de cuerpo... Y nos empoderamos, porque todas tenemos un malestar, y eso seguramente tendrá que ver con los cuidados, con esa parte más emocional de cuidar”.

GP

La tercera, que el hecho de que **los cuidados se centralicen en la persona enferma o dependiente**, hace que **se pierda de vista a la persona/s cuidadora/s**: *“Porque tienes al enfermo y te vuelcas en el enfermo y la persona que cuida se lleva un trabajo brutal que no está casi ni reconocido. Yo creo que son los grandes olvidados”* (GA). De hecho, se considera, que tu vida cuando cuidas “deja de ser tuya”: *“Yo he sido cuidadora durante bastante tiempo y yo puedo decir, que tu vida cambia, ósea, tu vida no es tu vida, tu vida es como...no sé, no sé ni cómo explicarlo”* (GA).

La cuarta, la instalación de **la culpa como transversal al cuidado**, sobre todo, cuando este se hace desde la sobrecarga y la convivencia, lo que genera que, en ocasiones, puedan “perderse los papeles”:

“[...] mentalmente se sienten culpables si se van, si no vienen o..., en ese sentido es mucha carga psicológica. Los síntomas pueden ser tristeza o brotes de enfado que te llevan a más culpa: “le he tenido que contestar a mi madre de tal forma y luego...”.

GP

“Y luego tienes el remordimiento de... Yo tengo el remordimiento de que en momentos pues les he tratado mal, les he gritado les he dicho burradas, ósea, y cuando se mueren o cuando te viene a la cabeza, es: ¡ay madre que he hecho! Te entra un remordimiento, que igual cuando te dicen amigas: ¡jo es que llevarlos a una residencia!”. Es lo mismo, te va a remover la conciencia siempre, la lleves a una residencia o esté en casa. Es que al final, si estas en casa también es un pitote, yo es que no tengo paciencia, tendría poca, no sé cómo explicar, no soy una santa, soy una persona normal, entonces esa convivencia... El que venga alguien a casa a cenar, impensable. Ósea que no es el limpiar, el duchar, si eso cuesta media hora, es el convivir”.

GA6

Y la quinta y última, algo así como una especie de **idealización de las personas mayores**, que no siempre responde a la realidad existente; sobre todo de aquellas que, por la propia enfermedad, pierden la consciencia y son especialmente demandantes:

“Y claro, las personas mayores por el hecho de ser mayores no son mejor personas, somos las personas en general como somos, hay personas buenas, otras menos buenas y otras insoportables. Entonces yo puedo decir cómo me he sentido. [...] A mí me suponía un trabajo, yo también estaba trabajando, llegabas a casa, no tenías descanso para nada, tenías hijos además y entonces esa demanda que yo veía que decía: “esta no puede ser mi madre”, ósea esa demanda que tenía hacia mí, que no me dejaba casi ni vivir y decías: “déjame, déjame que tengo necesidad”.

GA

Es interesante también en este punto, recoger que en los grupos se observa una **ambivalencia en la construcción de los discursos en relación a los cuidados**:

Por un lado, tienen lugar un **cambio generacional de interés** en relación a la **conceptualización y gestión de los cuidados**, que se establece en un **continuum** en el que en una punta está “**es lo que toca**” de generaciones más **mayores** y en la otra “**el cuidar es muy duro, y si no se reparte es injusto**” de generaciones más **jóvenes**.

Ese “tocarte” además, en algunas experiencias recogidas en los grupos, se alarga durante muchos años, cuidando al mismo tiempo también a sus propias criaturas (generaciones sándwiches); algo que supone una sobrecarga y consecuencias obvias para las mujeres en su desarrollo vital, salud física y mental, etc.: “*Ya, pero te das cuenta que te ha tocado, tu madre, tu suegra, como a la mía, su marido, su... Si te das cuenta, vas sumando años, todo, más seis hijos y digo, ¡qué trabajo!*” (GM). Pese a ello, resulta destacable la asunción subjetiva por parte de las mujeres cuidadoras -fuertemente socializadas dentro de los mandatos de género-, de la invisibilización y desvalor estructural de los cuidados, y que se reitera en general, pero especialmente en estas generaciones más mayores:

Conversación grupo mujeres:

P1. “Yo como estaba en casa, no he sido... Quiero decir que si os toca a vosotras que estáis trabajando os va a costar todavía más, pero yo estaba todo el día en casa, y eso es más llevadero

P2. Yo por ejemplo no comparto, no comparto nada, a mí estar en casa todo el día cuidando, me parece super duro.

P1. Al final dices, te tienes que mentalizar que tienes que estar ahí, porque le tienes que cuidar. Tu cuando vienen los chiquillos pequeños te tienes que mentalizarte que tienes que cuidar, pues cuando viene una persona mayor igual, te tienes que mentalizar que tienes que cuidar

P2. Ya, pero eso no quita dureza. [...]todo lo que haces en exceso. Cuando no tienes tiempo, cuando te dedicas solo a eso

P1. ¡Ah hombre no! Yo no te digo que no es duro, que no puedes salir cuando quieres o hacer las cosas que te gustaría. [...] Ahí tiempo para mí, ya te digo que no lo tenía

P2. O la propia carga ¿no? Con los críos mismo, hay veces que te ponen hasta arriba. Pues el cuidar es duro, el cuidar es súper duro.

P3. Antes te tocaba eso y tampoco podías elegir. Tenías que llevarlo lo mejor que podías. Y yo le decía a mi madre, que le tocó cuidar a mi padre hasta bien mayor: “ya, y ¿no te parece injusto?”.

GM

Relacionado con este salto cualitativo generacional en relación a los cuidados, **se ha problematizado también**, tanto la educación recibida y la asunción social de **que los cuidados pertenecen a las mujeres**, los de tu propia familia y también los de la familia política. Cuestionando ambas cosas y visibilizando la necesidad de cambios en este sentido:

Conversación grupo mujeres:

P1. “Imaginaros porqué hemos asumido como sociedad, que mi madre tenga que cuidar a la familia política. [...] fijaros hasta qué punto normalizamos determinadas cosas cuando no son de justicia. No es mi responsabilidad, ni a nivel jurídico tampoco, sí con mi familia directa.

P2. Normalizamos, pero porque nos han domado con la educación, tú no has pensado nada, te lo han metido y has dicho sí, tira. Hay que repensar muchas cosas

P1. Tenemos que empezar a desnaturalizar las cosas, no naturalizar las cosas que no son “normales”.

GM

Al mismo tiempo que, por otro lado, se visibiliza que **las mujeres en lo discursivo**, se da rápidamente un **salto, ante una tímida crítica** inicial hacia dichos cuidados -no puede olvidarse piedra angular de la identidad de género femenina-; pasando velozmente como si hubiese cierto pudor ante lo dicho, **a una lectura positiva de los mismos** que, obviamente, también la tiene:

Diálogo grupo mujeres cuando se les pregunta por las consecuencias de los cuidados en las personas que cuidan:

P1. “A mí lo primero que me sale es que tienes menos tiempo para ti.

P2. Eso desde luego (se ríen todas)

P3. Que no te cuidas.

P4. Muchas veces agotamiento físico y emocional, también

P1. Luego los cuidados tienen una parte muy positiva.

P3. Es bonito”

GM

También es importante recoger en este punto que, cuando se preguntó por el **síndrome de la cuidadora**, el único grupo que sabe de qué se está hablando, es el grupo de personas profesionales; y que han establecido una serie de estrategias o tienen diferentes herramientas para la reducción de su impacto. En el resto de grupos, desconocen de qué se les está hablando, algo que en sí mismo, ya es un resultado.

Conversación grupo de profesionales:

P1. “En el caso del SAD tenemos la rotación, que es el sistema que palia la sobrecarga, también las reuniones de coordinación.

P266. Hay compañeras que hacen natación o algún otro deporte. Yo desde la pandemia iba a Yoga y ya no he hecho más.

P1. ¿Sirven las películas de Netflix? [ríen todas]. Desconectar, hacer sudokus...

P3. Hacer yoga, deporte”

GP

### 2.5.2 Cuidados: deseos vs. realidades. Las mujeres cuidan incluso cuando les cuidan “no quieren ser una carga”, los hombres entienden el cuidado como derecho

Cuando se ha consultado sobre los cuidados a nivel generacional, fundamentalmente para ver si ha ido cambiando la idea que se tiene sobre dichos cuidados, al albur de las transformaciones sociales acaecidas y que se han recogido tanto en el marco teórico como en el análisis posterior, aparecen dos ámbitos de análisis: el de las personas de mayor edad que ya tiene necesidades de cuidados o que las perciben como “cercanas” y el de las personas más jóvenes.

En relación a las **personas más mayores**, puede decirse que en general se visibiliza un deseo de ser cuidada o cuidado por las hijas y/o los hijos en la mayoría de las personas participantes en los grupos, ya sean vecinas, vecinas organizadas o profesionales. Pese a dicho deseo, las mujeres -sobre todo las que ya han pasado por la experiencia del cuidado-, no quieren ser *una carga*, y prefieren, desde una posición que aboga por el amor -es decir que lo hacen porque les quieren-, que sus descendientes no tengan que cuidarles como tuvieron que hacer ellas. Frente a esta posición, la del único varón que participó en los grupos, que sí quiere ser cuidado por sus hijos, resultando en este sentido de interés la posición estructural de “derecho” frente al cuidado que, habitualmente, encarnan en el vínculo los hombres.

“El deseo si lo tienen, pero las mujeres no quieren ser tanta carga porque ellas lo han hecho (refiriéndose al cuidado); mientras que los hombres lo ven como lo más normal porque a ellos siempre les han hecho los cuidados”.

GP

Diálogo participantes del grupo de asociaciones (mujer y hombre):

P1. Yo he sido cuidadora de padres y no quiero ni...yo he sido cuidadora durante toda mi vida, mi padre vivió más de 100 años, ¡eh! Murió más tarde que mi marido. Y desde luego lo que he pasado yo no quiero que lo pasen mis hijos para nada, para nada. Porque un mes, dos, un año, que majo el abuelo...cuando ya pasan muchísimos años. Ósea no es tu vida, no tienes ni vida, ósea, yo vivía en casa con ellos, es diferente igual tenerlos fuera. P2. [...] es que, a mí, lo que decías de que no quieres que te cuiden, yo sí quiero que me cuiden mis hijos, no sé es mi manera de pensar”.

GA

En este sentido, resultando de especial interés por supuesto **el lugar estructural desde el que conciben los cuidados** (recepción vs. dación), pero **también cómo estos se llevan a cabo**: obligatoriamente vs. voluntariamente: corresponsablemente vs. sin reparto o con un reparto desigual que conlleva indefectiblemente una sobrecarga para la persona cuidadora principal (habitualmente mujeres, etc.):

Diálogo grupo mujeres:

P1. “Yo por mi trabajo hicimos una investigación sobre esto del cohousing, y vinieron a los grupos todas mujeres, que en sí mismo ya es un dato, y lo que nos decían es que tenían una experiencia de cuidados dura porque habían cuidado a padres, a tíos y no querían que eso lo sufrieran sus hijos. Esa era una de las motivaciones por meterse en estos proyectos. P2. Porque lo han vivido como sufrimiento, como una obligación”.

GM

Las **mujeres**, sobre todo aquellas **que cuentan con alguna pensión, buscan** en mayor medida, **ayuda externa**:

Diálogo grupo profesionales:

P1. "Igual ellas buscan más soluciones externas

P2. El deseo sí que está, pero tú vas viendo el panorama, tienes los hijos aquí y allá, sabes tu realidad. Ahora las mujeres que tienen una pensión propia pueden recurrir a apoyos externos que antes no podían, con limitaciones claro".

GP

Inicialmente comentan que no tienen problemas con ir a residencias: *"yo no quiero ser una carga. Si no me valgo, pues me metéis en una residencia"* (GA). De hecho, algunas mujeres han hecho esto *"voluntariamente"*, para: *"enganchar lo menos posible a los hijos, para que ellos puedan desarrollar su vida ¿no?"* (GA); no son la mayoría, pero conocen algunos casos:

"Yo conozco el ejemplo de dos personas de Huarte, dos mujeres concretamente, ya mayores, de la edad de nuestras madres. Lo típico, hace ya años, que como le daba miedo vivir sola, cogió y: "yo me voy a vivir a una residencia". En ningún momento pensó en poder ir a vivir con alguna hija, que además tiene una hija que vive sola y que, perfectamente, se podría haber ido con ella, pero no, ella dijo: "yo me voy a vivir a una residencia". Eso conozco a dos personas solo, en mi entorno solo conozco a dos, mujeres. Ahora a una ya se le ha ido la cabeza, pero cuando fue a esa residencia estaba perfectamente y no era tan mayor; y la otra sí que ha sido hace poco, y tiene hijos, pero ellas decidieron que no querían cargarles nada y se fueron a una residencia".

GA

En este sentido, es interesante ver como la **única "exigencia" que tienen las mujeres** participantes en los grupos **por parte de sus hijas e hijos**, no es la de convivir, sino que **"no les aparquen"**, porque ellas quieren seguir formando parte de sus vidas:

"[...] yo, no tengo ningún problema para ir a una residencia, yo abrazo la residencia cuando sea mayor, y yo se lo digo a mis hijos, no pasa nada. Lo que pasa, que lo que no quisiera es que se me aparcara, que dejara ya de formar parte de la vida de tus hijos ¿no? Pues no, quiero seguir en vuestras vidas y seguir teniendo una relación con vosotros espontánea, pero sin que se me aparte".

GA

"Y por eso yo pienso que las personas que hemos cuidado no lo tenemos tan claro, a ver, que nos venga a ver sí, a ver el cariño, el amor eso sí, me refiero al vivir el día a día.

GA

En cualquier caso, su **mayor deseo es mantener lo máximo posible la autonomía**:

"Por eso yo creo que las personas mayores nos tenemos que mentalizar a ser autónomas mientras podamos. Yo quiero vivir como fulano que estuvo hasta los 93 años, a ver si se puede ¿no? Mientras que podamos no depender, ni delegar, es muy importante. Claro que puedes decir a uno, oye hazme esto o... pero sobre todo poder hacerlo tú".

GA

Respecto a las **generaciones más jóvenes**, tanto en el discurso como en la intervención, pueden apreciarse algunos cambios en la posición frente a los cuidados. Principalmente, en relación a dos cuestiones:



Por un lado, el hecho de que **no se lo plantean o no lo han hablado nunca**: “No sé, ni si lo piensan” GP. Algo que ha aparecido tanto en los grupos de profesionales como en el de las organizaciones sociales, y que en alguna medida lo ha ratificado una de las integrantes más jóvenes:

En el grupo de asociaciones de Huarte, le preguntan a una joven participante:

P1. “Yo tengo hermanos y yo nunca he hablado con ellos de esto

Entrevistadora. ¿Y la gente de 20- 25 años?

P2. Esos ni se lo plantean”.

GA

Por otro lado, en varios de los grupos, se habló no solamente de la **tendencia de estas generaciones más jóvenes a involucrarse en menor medida en el cuidado**, sobre todo de personas mayores; sino también por **no contar** muchas veces **con la opinión de la persona que tiene que ser cuidada**. Resultando de interés analizar, si estas dinámicas se dan en mayor o menor medida, cuando las decisiones de los cuidados, las toman hombres o mujeres:

“Y luego respecto a los hijos también, la tendencia de no involucramos tanto, de no cargarnos tanto”.

GA

“El otro día en un caso, el hijo con toda claridad:” yo con la ama ya he hablado de esto, que cuando no pueda a una residencia”. A los 5 días a una residencia, ese chico era hijo único: “mi situación no me lo permite”. No le dio más opciones”.

GP

Se suma a todo ello, la visibilización de **algunos cambios estructurales**, sobre todo en relación a que **los cuidados, en ocasiones, no pueden llevarse a cabo**, no porque se vivan como una carga sino, por ejemplo, porque los hijos o las hijas **viven fuera**: “Igual no lo sienten como una carga, igual es que están fuera” (P3.). También ha sido de interés, recoger la necesidad visibilizada de que las mujeres se desliguen de las consecuencias estructurales desiguales en comparación con los varones, derivadas de la identidad de género femenina: “Estoy pensando en que cambien las tornas, que las chicas miren también por su desarrollo” (GP).

### 2.5.3 Resistencias como marcas de la socialización de género, también en los cuidados

En relación al tema de los cuidados y sus consecuencias, se considera dentro de los grupos, que en general, tanto mujeres como hombres: “*quieren que les cuiden mujeres. [...] porque siempre ha sido nuestro rol*” (GM).

En este sentido, existen estructuralmente algunas **dificultades en el imaginario social de género, respecto al cuidado realizado por hombres**, principalmente en dos ámbitos: el profesional y el familiar.

Respecto al profesional, bien sea como cuidadores de criaturas o de personas mayores -en estas habitualmente por el tema del pudor-, tienen lugar algunas **resistencias**:

“Es que yo también me doy cuenta de que queremos cambiar esa desigualdad en muchos ámbitos, pero en el cuidado de críos sigo viendo que, en los veranos, si se coge, se coge una chica, no se coge un chico a cuidar críos, la gran mayoría. Pero para que no haya esa

desigualdad, si te tocara que tuvieran que cuidar a tus hijos: ¿tú cogerías a un chico? Igual nosotras también tenemos que cambiar esa historia en la cabeza ¿eh? Yo he tenido un sobrino que ha cuidado críos, pero ha sido gente que ya le conocían. Es como “raro”, ¿no? Ese cuidado de niños también estamos siempre como más las mujeres, las chicas jóvenes”.

GA

Conversación grupo profesionales:

P1. “Cuando vamos las trabajadoras familiares a los domicilios todo bien, pero cuando va el compañero hombre, hay mujeres que no le dejan que les hagan el aseo personal, ahí cuesta más, [...] a los hombres no les pasa, porque mayoritariamente es un servicio feminizado y con los hombres no ha habido problema y ahora que tenemos un compañero, sí que hay algún caso puntual que no permiten el aseo personal, mujeres mayores, a veces las convicciones religiosas que tienen...”

P2. Intentamos concienciar que en el hospital no puedes elegir quien te hace el aseo personal cuando estás ingresado

P1. Pero como nosotras entramos en su domicilio, en el espacio de su intimidad, les cuesta más, no lo entienden”.

GP

Luego, lo que sucede en la mayoría de los casos, es que cuando se establece un **vínculo** con la persona profesional (trabajador familiar o médica), y una vez que se rompe dicha barrera de la socialización de género, las personas usuarias están contentas:

“En Huarte de 4 trabajadores familiares, hay un trabajador familiar. Y más de una mujer mayor ha dicho, ¿cómo?, ¿qué a mí me va a duchar un hombre? Esta semana he hablado con dos que van a su casa y están encantadas y una le decía a la otra: “me dio apuro el primer día, pero ¡es más majo, es más majo!” Y luego decía: “como que me siento bien porque es más fuerte, más seguro”.

GM

Conversación grupo mujeres:

P1. “Médico y practicante, aquí la sanidad ha estado en manos de hombres hasta que llegamos nuestra generación [mujer de mediana edad].

P2. En Huarte la primera vez que vino una médica, se montón aquí una, la gente mayor decía: a mí una mujer no me ve la cola, ¿sabes? Y luego toda la gente mayor quería con X.

P3. Os acordáis cuando vino hace tantos años. Siempre médico, siempre médico, un hombre, un hombre”.

GM

Respecto al ámbito familiar, lo que se detecta está teniendo lugar en relación al **cuidado de personas dependientes mayores**, son cambios en los repartos de los cuidados, sobre todo porque **las hijas**, frente a la sobrecarga heredada de la división sexual del trabajo, **ponen límites**:

“En el cuidado de personas dependientes hay muchas casuísticas, sí que predomina como cuidadora la hija, la mujer; pero sí que noto cambios en familias cuando hay varios hijos y si las hermanas dicen: “hay que repartir” y lo llevan a rajatabla”.

GP

Pese a la visibilización de esta barrera consecuencia de la socialización de género, en los diferentes grupos se considera importante: *“ayudar a que esto cambie”* (GA) y que el **imaginario se amplíe**, con el objetivo de que tenga lugar un **reparto social** de dichos **cuidados**:

Conversación grupo mujeres:

P1. "Hay que quitar esa importancia.

P2. Cuesta, está muy adentro. Eso empieza ahora, lo de los hombres hacer estas cosas.

P3. Teníamos que ir a misa con manguitos, no puedes ir en manga corta, etc. Como para que ahora te bañe un hombre, eso cuesta.

P1. Es bueno todo que avance".

GM

"[...] es que tenemos que naturalizar también eso, que en sanidad te asee un hombre o una mujer, pues sí, es así. Antes en los hospitales no había ningún auxiliar, hoy es el día que si hay. Pero a cuentagotas también ¿eh? O decir también, a mi madre: ¿le va a lavar mi hermano? Pues sí".

GA

#### **2.5.4 Factores protectores frente a las consecuencias de cuidar y las consecuencias de la dependencia**

Respecto a los factores protectores, se ha hablado principalmente de dos cosas:

Por un lado, el **marco en el que los cuidados tienen lugar** -si es en solitario o repartido, si es una vez a la semana o todos los días conviviendo, etc.-; y **la persona a la que estos se dirigen** -quien es la persona a la que cuidas (madre vs. suegra) y **cómo esta se comporta**, algo que puede cambiar tal y como se ha recogido en apartados anteriores (alzhéimer, demencias, etc.):

"Pero sí, cuando estás sola, sabes que todo es para ti".

GM

"Luego es diferente cuando vas todas las semanas que es lo que me pasó con mi madre, a cuando estás todo el día que me pasó con mi suegra. Es más, porque tienes que estar pendiente de ella todo el día".

GM

Conversación grupo mujeres:

P1. "Y la unión, no es lo mismo tu madre que tu suegra, por mucho que la quieras, por muchísimo que la quieras. Y luego también depende, cómo es la persona a la que cuidas, si es agradecida, si no es agradecida, si es un mal enfermo... ¡es tan diferente!

P2. Por supuesto, ni dudarlo, aunque mi suegra era una mujer muy buena y en ese sentido todo bien; pero no es lo mismo, no.

P3. Por supuesto, claro, y si encima es un mal enfermo...".

GM

Por otro lado, aquellos **factores** protectores que se visibilizan como **claves para poder sostener dichos cuidados: compartir con alguien, tener tiempo para ti misma, y los grupos de mujeres.**

"Me refiero, factores protectores por ejemplo es compartir con alguien, y tener tiempo para mí".

GM

Conversación grupo vecinas Huarte, en torno a los *grupos de mujeres*:

P1. "Para mí una de las fortalezas para poder asumir los cuidados es el tema de las amistades, otras mujeres con quien poder compartir experiencias similares

P2. En la experiencia mi madre decía, que antes era muy duro ir a lavar al río, pero estaban todas juntas, y era un rato, social... yo decía como pueden... pues bueno, hacían cosas juntas, ir a vender al mercado juntas, y el día que ella se quedó sola en casa, dice que eso fue furo. Y eso que era un trabajo más, la casa, la abuela, los hijos y el mercado. Pero es que socializaban, veías otras caras, con tu puesto te sentías, me imagino, un poco más empoderada.

P3. Ahora te puedes tomar un café con las amigas, antes ni se os ocurriría, sería algo que estaba mal visto si te descuidas.

P1. En mi pueblo todas las abuelas han salido desde chicas a la fresca y allí estaban; no es un café, pero es un rato que es de ellas, y no están cuidando, ni están tendiendo ropa, y no están haciendo nada. Y yo creo que esos espacios para nosotras siguen siendo, para mí por lo menos, tener un espacio en el que poder compartir experiencias similares, la pena es que sean desde nuestra posición...

M2. Igual hay que crear espacios así.

En este sentido, es de interés que, a excepción de las profesionales, sobre todo las de 0-3, en ningún grupo se han recogido factores protectores públicos, lo que vuelve a establecer la idea de que los cuidados, siguen siendo a día de hoy, algo considerado “privado”.

### ***2.5.5 El autocuidado, la asignatura pendiente en las mujeres, más en las cuidadoras***

En los grupos a la hora de abordar el tema del autocuidado, y también si encontraban o no diferencias entre hombres o mujeres en este sentido, principalmente lo que ha emergido es que **antiguamente el autocuidado no existía**, y menos en las mujeres; que **actualmente eso ha cambiado, pero que a ellas les sigue costando ponerse en primer lugar y priorizarse**, algo que ha aparecido tanto en el grupo de asociaciones como en el grupo de profesionales, responsabilizándose en algunos casos por ello:

“Es que hasta hace cuatro días las mujeres eso ni se planteaban, no existía. La mujer tenía que cuidar la casa, los hijos y ella era lo último o nada. Yo creo que no se tenía en cuenta el cuidado personal. A día de hoy creo que está cambiando, pero siempre tenemos, por educación igual, que te autoexiges más”.

GA

“[...] pero sí que veo que a las mujeres nos cuesta más eso de sacar un rato para ti [...] aunque se están dando cambios, todavía esa parte del autocuidado de las mujeres nos cuesta más”.

GA

“A las mujeres les cuesta más cogerse un rato para ellas, si eres hombre “yo me tengo que ir al monte o a andar en bici porque necesito” y a ti, te cuesta más, y en la gente mayor, más”.

GP

“Yo en mi casa siempre digo, yo soy siempre la última, yo la última. [...] siempre suelo decir en casa, la última: ¿ya estáis todos preparados?”.

GA

Al mismo tiempo, se apuntan diferencias en el sentido contrario, ya que se considera hay un **mayor cuidado por parte de las mujeres, cuando se habla de prevención de la salud**: *“En temas preventivos se cuidan más las mujeres, en temas de salud cambia, en eso se implican más las mujeres”* (GP).

También se han recogido determinados **momentos relacionales y o vitales que se consideran de especial intensidad en los cuidados para las mujeres**:

Existen **diferencias cuando se tiene o no pareja**: *“Si vives sola, yo ahora vivo sola, y muchas mujeres viviremos solas, es diferente a que vivas en pareja. Ahí cambia tu calidad de tiempo, tu auto tiempo, tu auto todo, ¿no?”* (GA).

Respecto a la **crianza**, destacar que, pese a que ha habido cambios y las madres actuales buscan tener tiempo para sí mismas, relatan que tienen que estar **atentas y ponerle consciencia a esa necesidad de espacios propios**, porque si no siempre hay otras cosas que hacer (en casa, con las criaturas, etc.):

“Cuando estás en la crianza, en esas edades más pequeñas, yo creo que la vida es como una bola; te levantas por la mañana y empiezas, y al día siguiente lo mismo, lo mismo, lo mismo y a nivel personal, sí que te descuidas un poco esos años. Pero te das cuenta que no estás teniendo tiempo para nada, y luego, ya vuelves a retomar. Es que es necesario, te sale, a mí por lo menos me salía”

GM

“Yo sí que voy notando que en la medida en que los críos se van haciendo mayores, empiezo a tener un poco más de tiempo para mí. Pero también es necesario tomar conciencia de que necesitas esos espacios ¿no?, porque si no siempre hay algo que hacer en casa, siempre... y si te dejas llevar un poco: “me voy y pongo una lavadora”, pues no, no voy a poner una lavadora y me voy a andar mientras están en el fútbol”

GM

En relación al autocuidado una vez **se ha dejado de cuidar de forma intensiva**, por los propios procesos vitales:

“¿Cuidados para nosotras, te refieres? Yo ahora perfecta [ríen todas], ahora tengo todos los hijos fuera, ahora me apunto a todo lo que puedo, a todo lo que quiero, así que para mí. Mientras cuidaba, para mí no hacía nada, no salía ni de casa, sobre todo con mi suegra, con la mamá fue más fácil, con mi tía y con mis tíos también corrí mucho. Llevo unos añicos así de bien, le doy a todo lo que puedo”.

GM

En el caso de la **limpieza**, lo que se aborda es la escasez del tiempo, razón por la que hay que priorizar, dentro de un marco de género. Por eso, **los discursos son algo ambivalentes** y con contradicciones internas: se desea tener una casa “de revista” vs. pero no se tiene el tiempo necesario para ello. Como solución, intentar equilibrar la balanza, de partida estructuralmente desnivelada, y que caiga “para mí”; algo que insisten, les sigue costando:

Conversación grupo mujeres:

“Está claro que, si invertimos un poco de tiempo en nosotras, y encima trabajamos, de algún sitio tienes que quitar ese tiempo. Yo reconozco que nunca he sido una histérica de la limpieza, y más me vale, muchas veces digo: ¡buf, la casa! Y digo: “me da igual”, es que sino no da.

Y además el resto dice [refiriéndose a su marido e hijos]: “pero si está muy bien la casa, si está muy bien”. Entonces dices: “pues bueno, pues está muy bien”. Y luego vas a otra casa y de repente la ves toda... y... ¡ay, te da un poco! Sigues teniendo eso de todo ordenadico, limpio. Pero es que es, un tiempo para ti o un tiempo para la casa. Y yo creo que tenemos que echar la balanza siempre para mí, ese tiempo para mí. Me cuesta sí.

GM

Además, se han recogido diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al **ocio**, tanto en lo que respecta a las actividades que se llevan a cabo por unas y otros (huertos, cultura, cine, etc.), como en la capacidad de gestión del tiempo propio o la calidad de dicho ocio:

Conversación grupo asociaciones:

P1. “Yo veo también una diferencia cuando nos jubilamos, veo diferencia en las ocupaciones, diferencia de género. Es decir, veo que nosotras, las mujeres, somos más capaces de ocuparnos y sin embargo ellos, o me parece, les cuesta más. No saben qué hacer con su vida. Me parece a mí ¿eh? Yo que callejeo, pues veo a muchos de ellos pues taberna, de bar en bar. Cuando yo entro a los bares a no hay ninguna mujer a las mañanas, ninguna, y sin embargo ellos sí. [...] A los huertos mujeres pocas también.

P2. Y por ejemplo en temas culturales en Huarte siempre participan muchas más mujeres que hombres”.

GA

“En mi caso, yo me voy con mis amigas él se va con sus amigos, en ese sentido siempre hemos sido muy libres. Pero lo que digo, es que en mi casa soy la última porque el siempre saca sitio para ir a andar en bici y yo hay días que estoy cansada y no me apetece y me quedo en casa, por ejemplo. Los hombres, si han quedado para andar en bici no se echan para atrás, a las mujeres nos cuesta más”.

GA

“Yo añadiría la calidad del tiempo ¿no? Yo tengo un caso muy cercano, cuando ella quiere hacer algo, aunque sea en casa ¿eh? Tiene a los críos pegados, y está su pareja, y cuando su pareja quiere hacer algo en casa está solo. Entonces, aunque sea la misma hora, 60 minutos, no es el mismo tiempo de calidad.

GA

## 2.6 Retos presentes y futuros en relación a los cuidados

En relación a los retos que actualmente existen alrededor de los cuidados, en los grupos se ha recogido varias cuestiones:

Por un lado, **el enfoque con el que acercarnos a ellos**: “*lo de los cuidados tiene muchas aristas*” (GM), y **propuestas** en este sentido:

La primera, la **necesidad de cambiar de paradigma en relación a dichos cuidados**. Es decir, **dejar de considerarlos algo privado, individual y que es “lo que te toca”**; y entender que deben ser de responsabilidad colectiva y también pública:

“[...] como sociedad, convertir los cuidados en algo colectivo, el cuidado no puede ser algo individual y privado, tiene que ser colectivo. Todas las personas tenemos responsabilidad. Hay que dejar de lado esta mentalidad social de pensar que es algo tuyo y ahí te lo arregles, sino como sociedad, entender que es un problema social y tenemos que dar respuesta.

No es “lo que te toca”. Igual yo no cuido a tu madre 24 horas, pero como sociedad tendré que facilitar que por ejemplo la ciudad se accesible, que haya servicios, que con mis impuestos haya un Servicio de Atención Domiciliaria (SAD), que siga habiendo comercio local, porque garantiza que: “la tal no ha venido”.

GM

La segunda, que dichos **cuidados socialmente sean valorados y se visibilicen**: “*Dar valor a los cuidados, porque eso hará que los hombres también quieran, y visibilizarlos*” (GM). Además, de **que sean corresponsables, repartidos de forma equitativa entre mujeres y hombres; y recíprocos**: “*Como reto tener muy claro el tema de la reciprocidad, que saquemos lo íntimo a lo público, porque todas las personas vamos a cuidar y vamos a tener que ser cuidadas*” (GM). En este sentido, se ha considerado de interés recoger un ejemplo de esto a través de la conversación en torno a las excedencias y las reducciones de jornada: ¿libres, condicionadas, deseadas?:

Conversación grupo de mujeres:

P1. “[...] a veces creo que coger una excedencia se dice de manera peyorativa: “no es que el 80% de las mujeres se cogen excedencias”. Yo me he cogido y sigo con jornada reducida, pero me siento bien también, cuidando. A ver, a veces vives contradicciones, y dices pues es verdad, veo hombres en mi trabajo que, con mi misma situación de dos hijos, están en jefaturas y yo no las he tenido, porque no las “he querido” [hace un gesto con las manos representativo de “entre comillas”], pero a la vez estar cuidando está bien. Tiene como esa dualidad, y que la vivimos nosotras más que ellos.

P2. Es que ellos en su caso no renuncian, y nosotras estamos en la reflexión de renunciar o no. Que a veces es renunciando al empleo y otras veces a ser madre, que también muchas mujeres que lo hacen

P3. Cuando eso es elegido libremente, y digo libremente, aunque ya sé que nunca se es al 100% libre porque hay un montón de condicionantes, pero realmente me apetece, estoy en un momento vital que lo quiero; pero cuando ya no es... cuando ya se convierte en una obligación, y ya no tienes posibilidad en tu pareja de negociar y las mujeres tiene que asumir que eso lo tienen que hacer ellas. Hace unos años tenía sentido porque los hombres tenían salarios mucho más altos, pero ahora estamos viendo que tenemos excedencias en mujeres que ganan lo mismo o incluso que están un poco por encima de ellos. Que sorprende, antes podría pensarse que eso era lo lógico; que entrara el sueldo mayor en casa, pero en un momento en el que los dos sueldos se equiparan, no sé si esa es la intención.

GM

La tercera, **la necesidad de integrar la vulnerabilidad como parte de la condición humana**, problematizando el discurso masculino hegemónico de invisibilización y/o negación de la misma: “*El tema de la vulnerabilidad, los cuidados son vulnerabilidad y también son fortaleza, el poder sostener atender a las personas*” (GP).

La cuarta, **aprender a hablar sobre la enfermedad y la muerte o del cotidiano y “privado” de la dependencia**, que dejen de: “*ser temas de los que no se habla, tampoco de esa parte fea de los cuidados, de limpiar y demás, que es muy privado, sobre todo en el tema de la tercera edad, en los críos aun te hace gracia*” (GM). En este sentido, saber que no podemos “*despegarnos del cuerpo, porque en realidad nos contiene*” (GM).

En definitiva, problematizar siguiendo a María Jesús Izquierdo (2003), la privatización de aquellas cosas que nos hacen más humanas a todas las personas; las cosas que tenemos en común las personas, y que eliminan las jerarquizaciones de clase, de género, de origen (ejemplo en relación al tema de los cuidados, que alguien se hace sus necesidades encima necesita que otra persona le ayude a limpiarse si no puede).

La quinta, que, sabiéndose sociedades vulnerables, necesidad de **colectivizar los cuidados**: principalmente por parte de la administración (servicios, etc.), pero también por parte de la sociedad en su conjunto (en el vecindario, en el patio, en las calles del pueblo, etc.), bajo lo que viene denominándose: “**socialización de los cuidados**”.

**A la administración se le exige:** “que apoye, porque al final quieres cuidar, pero si no hay medios es complicado; que se moje más, porque va a ser un reto atender a todos los millones de viejos que vamos a ser” (GM); “más apoyos públicos a las familias, y más servicios de conciliación” (GP) y “una atención si se puede en casa y personalizada” (GM). La importancia que tienen los **servicios** existentes es clave: escuelas de 0 a 3, centros de día, pisos tutelados, “la medallica” (GM), o las llamadas del Ayto. del pueblo a las personas mayores para ver qué tal están, etc.:

“[...] la ama tiene lo de la medallica. Estaba en casa hace unos días y le llaman por teléfono, yo me asusté, y mi madre me dice: “que no, que es la de la medallica” y le dice: “hombre fulana ¿qué tal estás?, soy Marisa”, y hablaba mi madre como si la conociera. Y mi madre me dice: “esta y otra chica me suelen llamar”. Estuvieron dos minutos, pero una amabilidad, no sabía que yo estaba allí, pero fue super amable. Y cuelga y mi madre: “son más majicas todas”. ¡Fíjate que gustico!

GM

Conversación grupo mujeres:

P1. “Como lo que empezamos a hacer en el pueblo, llamar a la gente mayor que vivía sola. Oye ¿qué tal estás? Mira que te llamo del Ayto. o de la mancomunidad, oye ¿qué tal estás? Pues mira que va a ir un chico joven y te va a llevar la compra. Eso, ¿sabes tú a nivel emocional, lo que ayuda! Hace poco les dije en el Ayto. tenemos que recuperarlo, recuperarlo y mantenerlo, aunque sea una llamadica, ver cómo estás, que necesidades tienes, que te sientes parte del pueblo, ¿no?

P2. Eso para la persona mayor, es mucho”.

GM

También se le solicita, **que el personal político se implique**; que no deje la responsabilidad de los cuidados en las familias; que no se centre solo en las elecciones; que entienda la importancia de los cuidados y cree, desarrolle, apoye y sostenga los recursos y servicios de cuidados:

Conversación grupo profesionales:

P1. Yo creo que el personal político no se implica. Y, además, depende un poco también de la sensibilidad personal, de lo que les toque, a nivel personal. Te van llevando según sus intereses que, a veces, no cuadra con lo que la sociedad está pidiendo o está marcando

P2. Cuando hay elecciones, cuando cambian cada cuatro años, al principio vienen con ganas y como ¡¡¡buah!!! Y luego ya...

P3. Nosotras no vemos que la clase política entienda lo del 0 a 3, no lo entienden,

GP

Conversación grupo asociaciones:

P1. Mientras estemos las familias soportando esto a ellos les da igual.

P2. El gobierno lo tiene solucionado

GA



**A la ciudadanía se le exige:** “*que no mire para otro lado*”, que también construya *cidadanía*, es decir una ciudadanía en la que en el centro de las sociedades estén los cuidados:

Conversación grupo mujeres:

P1. “[...] queremos un Huarte más amable, más vivible. Y no solo las personas mayores, y las criaturas, que no nos parezca siempre que las criaturas son problema de sus padres y sus madres, no, si estoy en el parque o estoy en espacios, busco un cuidado global de todas las criaturas y nos preocupamos por nuestras criaturas. [...] Que no miremos para otro lado, que eso me parece un reto

P2. Lo podemos hacer con el vecino, y sabes que, en un momento dado, pues la vecina...

GM

En el apartado de Retos, se considera especialmente destacado el binomio **conciliación vs. corresponsabilidad**, ya que el mismo supone el **debate teórico sobre los cuidados en la cotidianeidad**.

En las sociedades patriarcales existen, como se ha recogido previamente, **diferentes elementos estructurales que impiden que la corresponsabilidad sea el modelo principal en relación a los cuidados**. Destacándose en los grupos cuatro cosas:

La primera, el proceso de **socialización de género** como marco para la construcción social:

Conversación grupo profesionales:

P1. “Desde pequeños no se da el mismo mensaje a chicos que a chicas, aun hoy en día. Y eso lo vas mamando, sin quererlo, sin poder evitarlo, se educa diferente a una chica y a un chico

P2. En las navidades por ejemplo, sí que se ve, las niñas con las princesas y las muñequitas y los chicos con los guerreros, los disfraces de noche vieja, es ¡¡¡uf!!! Y eso que en la escuela tenemos material no estructurado y todos andan con todo y tenemos cuidado con eso, pero... Es que socialmente, no hay más que ver un catálogo de juguetes”.

GP

La segunda, **la falta de perspectiva de género en el ámbito legislativo, la falta de cumplimiento de dichas leyes cuando estas existen**, en ambos casos, con consecuencias muy negativas para las mujeres:

Conversación grupo asociaciones:

P1. “El máximo responsable tiene que ser el estado; sobre todo que haya unas leyes, obligatorias y que las empresas se adapten a esas leyes y luego a la realidad que tengan. Sin contar que somos siempre las mujeres, o la mayoría, que nos reducimos la jornada, eso también es otro punto.

P2. Y luego vas a cobrar menos jubilación ¿eh? ¡Ojo! Es que claro, ¿porque las mujeres nos reducimos el trabajo? Es que es el pez que se come la cola.

P3. Es que las leyes tienen que estar con otra visión, porque con perspectiva de género, es que no hay”.

GP

La tercera, **la división sexual del trabajo** y sus consecuencias: reducciones de jornada y jubilación, brecha salarial, teta a demanda, feminización de la pobreza, etc.

Conversación grupo asociaciones sobre las reducciones de jornada para las mujeres:

P1. “[...] nosotras ya estamos cerca de la jubilación y resulta que una compañera mía en concreto dice: ¡Jo, pues yo cuando nació mi hijo me tiré los 3 primeros años de

excedencia! ¿Qué pasa? Que ahora nos vamos a jubilar y no puede, y esto se alarga, y se le va alargar hasta los 67.

P2. Su pareja seguramente no tiene ese problema.

P1. Pero luego también hay mucha desinformación, porque mi compañera me dice, si yo llego a saberlo no me quedo 3 años.

P2. Ya, pero lo ve ahora. Porque nadie te dice cuando tienes 30 años: “oye te va a pasar esto, cuando te vayas a jubilar”.

P3. Yo por ejemplo he estado los 3 años y lo volvería a hacer, porque en ese momento pensé que era lo mejor para mi familia, y sobre todo para mí

P1. Pero seguramente tendrás esa información.

P3. Pues no lo he pensado, porque también quiero pensar que la acción que estoy haciendo es actual, es de mi presente. Si empiezo a pensar en números de jubilación para después, igual cambiarían cosas y no estaría disfrutando igual de este momento, de la calidad que quiero en este momento. Que igual luego me estoy cagando viva de todas las decisiones”.

GA

Conversación grupo asociaciones sobre la brecha salarial:

P1. “[...]quizás también uno de los motivos de muchas familias de porque se coge la mujer la excedencia es porque su sueldo es bastante inferior al del hombre. Entonces yo también empezaría, porque en todas las empresas, cobrarán igual el hombre y la mujer”

GA

Conversación en el grupo en relación a la “teta a demanda” y responsabilidad prioritaria “de la madre”:

P1. En mi época lo que queríamos es que el chico se hiciera cargo de la criatura como nosotras. Ahora hay lo de la teta a demanda ¿no? Que están todo el día con la criatura y bueno yo digo: y ¿dónde está el padre? No sé, que tienen todo el derecho, pero...

P2. Yo creo que por mucho que digamos, es más de la madre, nos pongamos como nos pongamos, emocionalmente hay un lazo superior...

GA

La cuarta, la **inexistencia de una conciliación real en el mercado laboral**:

“[...] una conciliación real, no existe, y que te lo pongan fácil desde la empresa tanto para mujeres como para hombres. Que, si hace falta subvenciones, pues que haya o si hace falta el teletrabajo, mil cosas que se pueden adaptar a las nuevas situaciones y que, si tú tienes alguien dependiente, que puedas seguir trabajando, tú o tu pareja, no hablo de mujeres, si no en general, y eso te ayuda. Es que la conciliación, pues es ridículo hablar de ella, no existe”.

GA

## 2.7 Propuestas de reflexión y acción entorno a los cuidados

Las propuestas que se han recogido en relación a los cuidados en Huarte han sido cinco:

**La primera, el cambio de paradigma respecto a los cuidados** (fenómeno humano, valoración, reconocimiento, etc.) y, fuertemente relacionada con esta, la segunda: **la demanda de mayores y mejores recursos públicos**.

“[...] si no hay un cambio en la valoración de los cuidados, en la visibilización y que los hombres se incorporen, que hemos hablado al principio, ya puedes poner todos los recursos del mundo, que seremos las mujeres quienes seguiremos cuidando”.

GM

“Yo con el tema de recursos y respuesta de las administraciones, cuando avanzamos en políticas en ese sentido tengo mis contradicciones y os voy a explicar porque... porque como comentabas antes, tiene que ir parejo a un cambio. Si seguimos en este modelo establecido de roles y estereotipos, que siempre lo privado va a seguir recayendo sobre las mujeres, es posible que volvamos a caer en que las mujeres seamos otra vez las que nos acojamos a los permisos, a las ayudas, otra vez. Tiene que ser un camino parejo. Hace falta recursos y hay que poner medios para facilitar a las personas la vida y una atención digna y en condiciones. Pero a la vez tenemos que trabajar toda una parte pedagógica, a nivel social sobre roles, sobre estereotipos. Decir que esto es válido y que lo valoremos realmente como sociedad ¿no? Que no siga siendo algo que recae en el mundo femenino, que ya sabemos que está devaluado [...] señores lo productivo no se sostiene sin lo reproductivo: yo no puedo ir a trabajar si no estoy bien alimentada, si no he dormido bien.

GP

“Hasta ahora hemos trabajado en la sensibilización y ahora necesitamos cambiar de enfoque y trabajar sobre la responsabilidad; es decir, esto te compete y es tu responsabilidad, que tengamos una criatura en común es nuestra responsabilidad, que nos compete como ciudadanos y ciudadanas. Cuando hablamos de responsabilidad y de lo que nos compete le damos valor, le damos rango; así los hombres querrán también entrar. Y, además, la responsabilidad como sociedad, no solo en lo íntimo, en lo privado, si cada vez estamos más envejecidas tenemos una responsabilidad de atender a personas de nuestro entorno; la responsabilidad como sociedad de preservar el bienestar, que saquemos el problema de la individualidad a lo público, como hemos hecho con otros temas como por ejemplo el de la violencia contra las mujeres y lo mismo con el tema de cuidados”.

GP

“[...]la necesidad de impulsar los espacios culturales para muchas mujeres para romper con la soledad, el aislamiento, iniciativas como las de hacerles la compra a las personas mayores, tomarse un café...dar otra visión de la responsabilidad que tenemos en los cuidados a nivel social”

GA

En este sentido, también hay que tener en cuenta que, pese a que se recojan algunas propuestas concretas, debido a la complejidad de los cuidados y al marco de conformación identitaria que suponen estos, habrá que atender **la dificultad para encontrar soluciones**, a veces también **desconocimiento de servicios** o de **“fracaso” de algunas de las propuestas previas**:

Conversación en el grupo de profesionales:

P1. La jubiloteca [se ríe]

P2. Bueno...no sé...

P3. Es complicado

P2. El club de jubilados como espacio, pero con la pandemia se ha complicado todo

P1. Comedor para mayores

P2.: El comedor se hizo en Huarte, pero se tuvo que cerrar porque no había demanda suficiente para mantenerlo

P1.: Hay un programa “De la pastilla, la zapatilla” es para todo el mundo, que para cuidadoras que tienen estrés, podría ser, se hace desde salud, y les mandan a gimnasia, al spa.

P3. En Barcelona hay espacios familiares a partir de las mismas escuelas infantiles por las tardes las familias se juntan con una educadora para charlar sin más, es una manera de compartir experiencias, desahogarse, mientras los txikis juegan

P1. [...] a veces hermanas que viven cerca, pero viven solas; fíjate si se podrían juntar o viviendas comunitarias. Es que luego nadie quiere salir de su hábitat. Ahora en salud se plantean temas comunitarios, para fomentar todo lo relacionado con la salud, pero es muy complicado y luego temas presupuestarios y de personal, de horarios, etc.

GP

Por ello, se le pide a la **Administración que de facilidades (servicios, recursos, etc.) para poder cuidar, cuando así se elija:**

“Yo creo que debieran existir las condiciones puestas por la Administración para que cada persona pueda elegir lo que quiera. Si yo me quiero coger una excedencia para cuidar a mi madre que pudiera hacerlo, si en estos momentos prefiero compatibilidad yo horas de cuidado con contratar a alguien, que se me facilite, de alguna manera. Es decir, el tener un abanico de recursos, facilidades para contratar, para ir a un centro de día, que no me tenga que hacer el harakiri para cuidar ¿no?, sino que se me facilite”.

GM

Una de las participantes propone un **reparto**, en el que se compartan dichos cuidados entre la **Administración, las personas cuidadoras principales (remuneradas y no remuneradas (familia), y la comunidad** también:

“No sé si es como debería de ser, pero a mí me gustaría que se compartieran los cuidados, desde la Administración, desde el Servicio social de base y todos los servicios que se tienen; hasta el reconocimiento de las propias cuidadoras de las casas en las que están. Y luego la comunidad, que surgiera algún grupo de voluntarios, para leer, para estar, para acompañar. Eso es lo perfecto. Desde la capacidad que tiene la presentación de dinero y la familia, porque la familia, también tienen que estar”.

GM

**La segunda, el derecho de las personas a elegir cómo quieren ser cuidadas.** En este sentido, en los grupos se preguntó sobre esto, abordándose algunas claves en torno a este tema central en esta investigación, para poder tenerlas en cuenta:

En relación a esa capacidad de decidir o no, existen opiniones, podría decirse confrontadas, pues hay participantes que piensan que las personas dependientes, sí que deciden cómo quieren ser cuidadas; y otras que consideran que no, y que, de hecho, sobre todo a las personas mayores, se les trata como a bebés:

“Yo sí que creo que cada vez más están decidiendo las personas que van a ser cuidadas, yo veo que hay personas que deciden ir a residencias para no ser una carga para los hijos y, por otra parte, cuando los hijos empiezan a tomar decisiones, igual es porque ellos ya no están para tomar grandes decisiones”.

GP

“Yo creo que sí, yo por lo menos siempre les digo a los hijos [ella es una profesional]: “¿y él que quiere? Por ejemplo, el teléfono de emergencia, yo como profesional intento a toda costa que sea él [la persona usuaria] la que decida”.

GP

“Yo creo que ahí también es importante la sensación de inutilidad que a veces se les pone, porque a veces les tratamos como bebés, y eso es lo peor que le puedes hacer a una persona que esté bien de cabeza, es lo peor. Porque se sienten inútiles y yo creo que es la sensación más chungueta que te puede pasar, con la cabeza bien. Entonces ese es un punto que he aprendido de la gente mayor, que es muy importante respetar la capacidad que tienen, que la tienen”.

GA

Pese a todo ello, las mujeres participantes siguen reivindicando que se respete su libertad:

“[...] y que haya una corresponsabilidad de los hijos conmigo, yo lo he educado en total libertad pienso, entonces que a mí me respeten mi libertad, hasta que no se me vaya la olla. Cuando se me vaya, ya veremos; mientras tanto, que me respeten lo que yo quiera ¿no? Porque muchas veces empiezan a tomar decisiones los hijos o las hijas, igual por bien ¿eh?: “oye, escúchame a mi primero”.

GA

También, se ha considerado importante en los grupos la necesidad de tener perspectiva de género en los análisis sobre la libertad de elección de cómo quieren ser las personas cuidadas, siendo hombre o mujer. Ya que, como puede verse en los fragmentos analizados, la estructura de género tiene también en estas decisiones su impacto:

Diálogo grupo asociaciones:

P1. “Por ejemplo, ahora con mi abuela, las dos opciones que se plantean son: o que alguien vaya a su casa o buscarle una residencia. Ella tiene 99 años y tiene la cabeza perfecta no, lo siguiente.

P2. Y, ¿no dice lo que quiere?

P3. Bueno pues ella dice: “a mí dónde me llevéis, lo que penséis”. Yo creo que en el fondo es esa visión de: “yo no quiero molestar, no quiero que os preocupéis por mí, quiero que hagáis lo mejor pensando en mí, pero no quiero...”. En el fondo, fondo yo creo que ella querría en su casa, aunque también tiene mucho carácter y según quien entre en su casa igual no le termina de aceptar, entonces pues no terminamos de saber muy bien.

GA

**La tercera, la problematización de la socialización de género** y la necesidad de que exista un **reparto equitativo de los cuidados**, abordándose cinco cuestiones a tener en cuenta, que combinan las políticas públicas, la problematización de la educación sexista y la implementación de propuestas feministas igualitarias:

Traer a la consciencia a través de la sensibilización, la formación, etc. lo interiorizado a través del proceso de socialización de género para poder cambiarlo, algo que no siempre nos resulta fácil (pérdida identitaria, etc.), pero que es clave repensar: *“Igual nos sale, somos 4 hijas, nos hubiera salido el: “ya te ayudamos más, inconscientemente, por ser el papá ¿no?”. Mi padre sí que se ha criado, ha vivido una educación super machista y él se ha criado con ese referente. [...] Es que la educación recibida es muy importante”* (GA).

Comenzar a dar pasos hacia atrás en la centralidad de los cuidados, con el objetivo de que los hombres, cedan en sus privilegios y se responsabilicen de lo que les compete:

“A mí me parece que a veces tenemos también que echarnos nosotras un poco para atrás y decir: “a ver oye que dicen pues tus hermanos, o tus parejas o...”, porque parece que no, ya lo hago yo. Es lo que tú dices, es que venimos de esa educación y lo llevamos aquí pegado. Pues oye no, a ver qué pasa, a ver que dicen ellos. Tenemos que aprender a echarnos para atrás”.

GA

“Lo que pasa que tú sabes desde el primer martes, jeso es así! Para que ellos se incorporen igual nosotras tenemos que echar un paso para atrás. Tú has nacido en una cultura, con un sistema patriarcal, con una educación. Tampoco es tan fácil para nosotras el desquitarte de todo eso y ¡venga que se incorporen ellos con igualdad! No es fácil. Claramente, el proceso tiene que ser de ellos y nuestro”.

GM

En este sentido, recogen experiencias en las que los hombres, que se han incorporado a procesos de cuidado les sorprenden en su capacidad; abordándose también la parte satisfactoria de dichos cuidados, principalmente cuando estos están repartidos y no suponen una sobrecarga.

“A veces te sorprenden mogollón. Por mi parte, a mi pareja no le había tocado cuidar nunca, sus padres mucho más jóvenes, siempre viendo como le cuidábamos a mi madre y él encantado. Y le tocó cuidar, yo por otras circunstancias no puede ponerme, impresionante, capacidad la misma o más porque tiene más paciencia que yo. Y dices, pues igual a veces... [...] Y la satisfacción que le queda a él, también es grande”.

GM

Autocuidarse como estrategia no solo de reparto de los cuidados, sino también de resistencia y mejora de la salud:

Diálogo grupo mujeres:

P1. “Para poder cuidar hay que cuidarse, si no estás bien, no vas a poder cuidar. Es física y psicológicamente

P2. Si tú no estás bien, no puedes cuidar, eso es cierto”.

GM

Darle importancia a las políticas públicas en este sentido (permisos paternales, etc.): *“Ahora con la prestación de cuidado del menor que se ha igualado a 16 semanas, pues igual ese vínculo también, ¿no?”* (GP).

La corresponsabilidad, entendida como un cambio total del sistema, y el proceso en el que los hombres tienen que perder privilegios, algo a lo que se oponen, y las mujeres tienen que perder centralidad, también identitaria:

[...] yo creo que el modelo que existe hoy es que no vale ¿no? Entonces estamos en una sociedad que está haciendo aguas ¿no? Entonces, ¿cómo hay que cambiarlo? Cambiando todo.

GA

Diálogo grupo mujeres:

P1. “Ese es el mensaje, tú te tienes que responsabilizar de lo que te compete. Ese mensaje incomoda, porque ya no es te ayudo, sino esto te compete, es tu responsabilidad también; ese mensaje responsabiliza a toda la sociedad de los cuidados. Tenemos que ser ciudadanas/os responsables, y ese mensaje para las nuevas generaciones es positivo, porque como ciudadana/o tengo una responsabilidad, no solo trabajar en esta empresa, el cuidado es una parte de la responsabilidad social de toda la ciudadanía. [...] El foco hay que ponerlo en esa responsabilidad, ese esquema y esos roles que tenemos nosotras como organizadoras, ellos como ayudadores siguen ahí, hay que reflexionar sobre si el esquema sigue intacto o se está rompiendo

P2. Pero claro cuando vives bien y te tienes que quitar privilegios, pues claro”.

GM

“Y como mujer, pues realmente esa labor más de dejar que ellos intervengan, ¿no? Yo por ejemplo nosotros somos tres, dos chicos y yo. Y, yo sí que quiero que si hay cuidados, que ellos participen, y tengo claro que tienen que participar, ¿no? Entonces permitirles el estar a ellos, y que se impliquen”.

GM

En este sentido, también se recoge la necesidad de qué se implanten **más medidas de conciliación entre la vida laboral y la personal y familiar**. En concreto se habló de medidas legislativas, y que, en su aplicación, fueran de obligado cumplimiento en todas las empresas y para el conjunto de trabajadores y trabajadoras. En concreto se señaló una propuesta que está en debate en nuestro país: que cada persona trabajadora tenga siete días al año por cuidados. Se valora como insuficiente, pero en todo caso, supone un avance respecto a la situación actual de no reconocimiento de los cuidados como una responsabilidad social:

“En este momento en este sentido, se está planteando, que poco me parece, pero como no tenemos nada, 7 días por trabajador o trabajadora para que los puedas usar para un cuidado de un hijo, tengo que salir tengo que ir al médico, mañana no voy porque tiene fiebre, cosas así. 7 días libres, claro los tendrás que justificar. A ahí los tienes, una bolsa de 7 días para acompañamiento de enfermedades, asistencia al año. Se ha empezado a debatir, que en Europa eso está. Es poco, pero es que ahora es nada”.

GM

**La cuarta, el mantenimiento en el domicilio, o al menos en el propio entorno** o la búsqueda de soluciones comunitarias que se alejen de los modelos residenciales más habituales, también aparecen y tienen mucho consenso. Las personas participantes valoraban de forma muy positiva seguir manteniéndose en su entorno al envejecer, tanto para ellas como para sus progenitores. El apego al hogar propio, las redes de amistad y vecinales son claves en el mantenimiento de su calidad de vida. La necesidad de envejecer en casa, sin salir del entorno conocido es importante para muchas personas. En este caso los recursos públicos son muy escasos:

“A mí por ejemplo el tema de que te quedes en tu entorno me parece muy importante, es decir, ojalá tuviésemos en Huarte ese tipo de ayudas, para que todas las que estamos aquí que seguramente nos encantaría quedarnos aquí”.

GM

“Yo no sé si esto es un cambio, si es a lo que te refieres, quiero decir, yo ahora, lo que tú has dicho, la gente mayor ahora vive muchos más años, ¿no? [...] ¿cuál sería la ayuda para este tipo de personas que quieren envejecer en casa, pero igual solo necesitan un poco de ayuda. Yo que sé, a las mañanas, con alguna ducha, igual ya está la ayuda, no sé cómo explicar ¿no? [...] sería una forma de envejecimiento para la gente que es mayor y vive bien en sus casas, con un poquito de ayuda, un poco, podría seguir viviendo en sus casas. [...] Y seguir siendo igual de felices en la casa donde llevan toda la vida, en su entorno, entonces, ahí hay un momento que claro, pues porque tienen 90 y pico años y las hijas están trabajando fuera de casa o los hijos y no pueden ir a ayudarles en lo que sea, acaban en una residencia o teniendo una persona en casa, que no les apetece nada tener alguien 24 horas al día”.

GM

Mantenerse en el entorno favorece la socialización, la continuidad de las redes vecinales, de amistad, el intercambio social entre las personas de una comunidad. Un lugar como Huarte lo propicia, por eso se valora muy unánimemente esta opción y destacándose especialmente la labor que realiza el comercio local:

“De ahí la importancia de que estés en el pueblo porque tú conoces a esta, a la de aquí a la de allá y te echas unas risas. Y si tienes que salir con el carrito este de apoyo, igual la otra no, pero tú sí, eso es calidad de vida”.

GM

Conversación grupo profesionales:

P1. “Aquí las personas mayores mientras son autónomas, el entorno también favorece, la gente sale mucho, se relaciona mucho en la calle, que esto es importante; incluso la gente sale con el andador, con hijos, los bancos están llenos.

P2. [...] facilitar para las personas que haya espacios donde poder juntarse. Cuando hacemos un plan urbano, a la clase política tenemos que recordarle que el comercio local, parece una tontería, pero no lo es; porque si alguien baja todos los días a comprar el pan, si alguien falta dos días sin bajar, la de la tahona va a llamar o el farmacéutico. También espacios más seguros para las criaturas, eso sería parte de la responsabilidad social”.

GP

La **gente envejece con mejor calidad y en principio desea permanecer en su propia comunidad** donde los cuidados son más fáciles de repartir. Por ello, se valora que es necesario: 1) **mejorar los recursos existentes -ampliación del SAD, centros de día, Jubilotecas-**; 2) **crear nuevos y de mayor calidad -pisos tutelados y residencias pequeñas-** 3) y/o pensar y desarrollar nuevos **servicios/espacios comunitarios e intermedios en la comunidad** (enfermería y rehabilitación en el domicilio, mayores apoyos a partir de la tecnología, programas y redes continuas de cuidados, nuevos servicios de promoción de la autonomía, etc.). En este sentido se proponen varias opciones, respecto a la necesidad de recursos que mantengan la calidad de vida que se precisa: situada en el pueblo, respetando la privacidad, con entornos naturales (espacios ajardinados, parques cercanos) y que cubran todos los servicios básicos.

Por un lado, **la solicitud de la creación de una residencia en la zona**, las Marianistas consideran que es un buen lugar: *“Queremos una residencia en Huarte, para poder quedarnos en el pueblo”* [se ríen todas] (GA).

Por otro lado, la opción de **pisos tutelados en el pueblo**.

“Yo estoy de acuerdo con eso, que, si se necesitan pisos tutelados para gente más joven porque tiene una autonomía diferente bien, pero si luego se necesita una especie o no, una residencia, yo aquí estaría encantada de no salir de Huarte; y como ha dicho la compañera, las Marianistas tienen un sitio estupendo para hacer algo. Pero si, yo creo que a todas las que hemos vivido aquí, las que vivimos aquí nos gustaría quedarnos”.

GM

“Abrazo más la idea de los pisos tutelados, estos que eres como más independiente, pero si no, yo digo, en una residencia, que tenga mi habitación, porque desde luego no me gustaría compartir con nadie [...] un recinto que sea un sitio donde puedas tener un jardín, que sea bonito, que te puedas dar un paseo o tener cerca un parque público, que tengas atendidos todos los servicios, que igual lo que necesitas es: tienes 80 años, una vida ya más lenta, tú no quieres gastar ya el tiempo que te queda en ir a comprar, en hacer la comida, en limpiar, pues si te gusta leer que puedas estar un rato a la mañana, un paseo a la tarde otra vida a otro ritmo. Digo, ¿no?

GM



**Así mismo**, están emergiendo **nuevas alternativas a la gestión de los cuidados**. De hecho, personas que se acercan o están al comienzo del periodo de jubilación, están planteándose nuevas alternativas para la gestión de sus propios cuidados. Iniciativas colectivas como los **cohousing** o **viviendas colaborativas**, que en su versión senior, están creciendo en los últimos años en nuestro país y, también, en nuestra comunidad. Aunque son soluciones privadas a las que no todo el mundo tiene acceso, muchas de ellas se plantean con apoyo institucional. En el grupo de mujeres, una participante así lo expresa:

“Estamos cambiando y el descontento de como son los cuidados ahora está un poco palpable ¿no? Esta semana he estado en unas jornadas muy curiosas sobre alojamientos compartidos, yo no sabía ni que eran. En Navarra han salido varios grupos, varias cooperativas. [...] y yo por una parte decía que bonito, y por otra parte decía, ¡jode que chollo tiene la administración, les quitas a la administración ese problema entre comillas! [...] y luego uno decía, que tendría que implicar a la administración. Si estamos en Huarte, la Mancomunidad nos tendrá que dar servicios como si estuviésemos en nuestra propia casa, ¿no? “.

GM

“Para mí la modelo sería ese, ese modelo de poder compartir una vivienda, lo que pasa que es verdad que no es lo mismo tener unas grandes necesidades como dependiente o ser autónoma. Para mí esa es la gran diferencia. Pero bueno, que hay diferentes opciones. Si puedes ser autónomo y convivir con otras como tú, y haces comunidad y, te apoyas unos con otros, pero cuando tengas otra necesidad que tengas otra alternativa, igual más económica, más holgada para las familias, donde intervenga más la administración. Yo tengo una mirada más de lo social”.

GA

La motivación básica de las personas que forman parte un proyecto colaborativo senior es envejecer y cuidarse colectivamente. En el caso de las personas con hijos e hijas aparece también la idea de no traspasar la responsabilidad principal de su cuidado a sus vástagos. El testimonio siguiente recoge la preocupación de una madre que está envejeciendo, y una de sus motivaciones para involucrarse en un proyecto colectivo es su deseo de “quitar el peso” de su cuidado a su hija, no convertirse en una carga. Hasta tal punto el rol de cuidadora, tal y como se ha recogido previamente, atraviesa a las mujeres que siguen cuidando y planeando la gestión del propio cuidado, para que los familiares no les tengan que cuidar.

Sin embargo, valoran la idea de que “evitar cargar” a las hijas o hijos con algunas de las responsabilidades del cuidado no les exime del mantenimiento de los lazos afectivos, del cuidado emocional, del acompañamiento y del seguir formando parte de sus vidas. Esta parte se considera importante, tal y como se ha recogido en apartados anteriores:

“[...] por una parte eso me gustaba, pero hubo una intervención [en la reunión sobre cohousing], aparecieron 4 o 5 hijos de los que estaban haciendo todo eso y dijo una: “Yo estoy encantada porque fíjate mi madre estaba preocupada porque en unos años voy a tener que cuidarle a ella, fíjate que peso me ha quitado de encima”. Yo decía: ¿crees que por que viva en un espacio, ya no es tu responsabilidad como esté o cómo cuidarle? Y ella: “no mi madre dice que no, que no tengo que ir a verla cuando me toque, sino cuando quiera” [...] entonces, ¿dónde está el cariño?, ¿dónde están las ganas de estar con esas personas? ¿Dónde está...? Eran chavales de 16, de 19, 20 años. ¿Qué estamos creando? Yo te desligo totalmente... A mí me costaba verlo”.

GM

“[...] que hay gente que no quiere vivir sola, que están bien, pero no quieren esa soledad obligada y entonces hacen una especie de cooperativa. Entonces es que por ahí van a ir los tiros. Desde luego ese tema nos interesa y como colectivo que somos... [...] en Pamplona hay un proyecto que se llama convive”.

GA

También aparece en los grupos, la **creación de una Red de jóvenes voluntarias/os**:

“Y sería muy interesante una especie de red, de jóvenes, que puedan estar con la gente mayor, que puedan pues estar charlando, como que haya ese cuidado ¿no? Que haya ese respeto ¿no? Como involucrar también a otras generaciones que no sean las nuestras ¿eh? Hablo de más jóvenes”.

GA

La quinta, el apoyo de **propuestas formativas, de sensibilización, o intercambio de experiencias o buenas prácticas** que podrían proporcionar las Escuelas de Padres y Madres a las familias con criaturas, y que actualmente es inexistente en Huarte. Se destaca desde varias profesionales, la falta de implicación parental, no se sabe si por falta de tiempo o por no considerarlo importante, incluso se habla de dejadez, indolencia:

“Ahora no hay APYMA, así que ahora no se hace nada, la gente está estresada, la gente pasa”.

GP

“Últimamente en las Escuelas de Padres y Madres hay bastante preocupación por la falta de participación de las familias en los temas de parentalidad, vemos dejadez y no sabemos de dónde viene la dejadez, si por agotamiento: “mira bastante problema tenemos y no quiero más”, si por...”.

GP

## VI. CONCLUSIONES

La denominada **crisis de los cuidados**, hace tiempo que está en el debate público sostenido por las economistas feministas y ecologistas. Dicha crisis de los cuidados tiene su base:

**En el sistema sexo género**, entendido el mismo como el proceso de jerarquización patriarcal, que se basa en la desigual distribución de responsabilidades en la producción y reproducción social de la existencia; y que funciona atribuyendo características y pautas de acción diferenciales a hombres y mujeres y regulando los mandatos e identidades de género, desde donde se aprende a atribuir sentido a la experiencia, sobre todo la social (con alcance estructural social y subjetivo, prácticas, normas y valores, etc.). En concreto, **la identidad de género femenina** que se construye como “seres para los demás”, lo que conlleva también la asociación e interiorización estructural de la función y el **rol de cuidadora**, como algo estructuralmente “naturalizado”.

**En la economía capitalista**, contraria a la vida y por tanto a la supervivencia humana y los cuidados que esta requiere.

**En un estado de bienestar familista, con políticas públicas**, desarrollo legislativo general y ad hoc, **sin perspectiva de género**.

Todo ello tiene consecuencias de diversa naturaleza tanto para mujeres como para hombres, aunque prioritariamente para estas. Resultando fundamental para el objeto de estudio que nos ocupa, el hecho de que son estas, las que sostienen de forma estructural y prioritaria dichos cuidados; algo que la pandemia ha hecho más palpable, si cabe (división sexual del trabajo, identidades de género, doble jornada: doble presencia vs. doble ausencia, etc.).

Debido a esta dinámica estructural que impacta en lo subjetivo y tras años de implementación de diversas acciones por parte de las administraciones en torno a los cuidados, llegados a este punto cabe plantearse: que ni las políticas de conciliación, ni los esfuerzos por sensibilizar sobre la corresponsabilidad han logrado superar la brecha de cuidados existente entre mujeres y hombres. Ya que, planificar y diseñar acciones para superar esa brecha, exige **cambios en relación a cómo definimos y analizamos el cuidado de las personas**. Lo que, sin duda, requiere **también un análisis con perspectiva de género que cuestione los aspectos estructurales implícitos** que dificultan la ruptura con el binomio producción- reproducción y la división de la sociedad en base al sexo de las personas. Y es en este sentido, como se ha llevado a cabo y se presentan los resultados del trabajo realizado.

Para ello se recogen varias cuestiones de interés:

**La primera**, que **la situación en torno a la sostenibilidad de los cuidados y su provisión en nuestro contexto actual, tiene muchas vertientes que lo complejizan**. Ya que, además de engarzarse con **elementos estructurales** como la división sexual del trabajo o nuestro modelo de estado de bienestar familista, también interacciona con **factores demográficos, ideológicos y sociales**. Entre los demográficos, que han supuesto el incremento y la intensificación de los cuidados, principalmente en los dos extremos de la vida: el envejecimiento creciente de una población con una alta esperanza de vida está incrementando la carga de cuidados. Si a esto se añade, la masiva incorporación y mantenimiento del empleo de las mujeres junto con los cambios en las pautas reproductivas, en las mentalidades, en los modelos familiares y reproductivos, nos lleva a un escenario en el que la disponibilidad de los hogares y sobre todo

de las mujeres, para un cuidado intensivo y en solitario es cada vez menor. Es por ello tener en cuenta que, aunque el número de hijas e hijos es más reducido, las exigencias actuales en el cuidado son más altas, el tiempo de cuidado se alarga y se produce en un contexto de menor socialización comunitaria que en anteriores generaciones. Además, hay menos tiempo para “educar”, algo que en generaciones anteriores este rol lo desarrollaban, sobre todo, las mujeres)

**La segunda**, la relativa a la **conceptualización de los cuidados**, destacándose que los mismos están enmarcados, todavía a día de hoy, en torno a la conciliación -de las mujeres-, siendo necesario superar este enfoque y trabajar en este ámbito desde propuestas como la interdependencia, la socialización de los cuidados a nivel macro y micro (corresponsabilidad real), la reciprocidad, etc. Para ello, la intervención pública (política, sanitaria, social, etc.) tiene que ser, sobre todo, estratégica y no tanto de urgencia.

Los **cuidados además de físicos y basados en la tarea, son afectivos y emocionales**, resultando esta doble naturaleza fundamental para el sostenimiento de la vida, algo que la pandemia ha dejado en evidencia. Dichos cuidados, no puede olvidarse, **son claves para la calidad de vida**, siendo importante tener en cuenta tanto su naturaleza, como su formato -diarios y cotidianos vs. puntuales; intensivos y de larga duración (atención a la sobrecarga, siendo esta especialmente destacada en los grupos, en enfermedades como Alzheimer o demencias)-; así como el hecho de que los mismos tienen que estar adaptados a las necesidades y deben ser personalizados.

**La tercera, los cuidados** actualmente, pese a generar una calidad de vida incuantificable, **se caracterizan** por estar **invisibilizados, desvalorizados, no reconocidos** y se desarrollan bajo **condiciones precarias**. En este sentido, es clave modificar el paradigma y sobre todo la falta de consideración que se tiene hacia los mismos; algo que está asociado a que, estos, los desarrollan de forma mayoritaria y prioritaria las mujeres. En este sentido, es especialmente destacable para su abordaje, la complejidad y la ambivalencia que viven las mujeres ante los cuidados, pues estructuralmente estos conforman parte de la identidad femenina, al mismo tiempo que suponen una sobrecarga y una pérdida de recursos laborales, de tiempo personal, etc. (entrega y dedicación vs. culpa).

**La cuarta, la forma en la que se proveen los cuidados y cómo los mismos se reparten entre:**  
**1) las familias:** siendo el estado subsidiario en este sentido (estados de bienestar familistas) y con las mujeres de dichas familias como cuidadoras principales. **2) servicios públicos:** escasos e insuficientes; no accesibles para todas las personas y situaciones (Centros de día sin plazas concertadas, residencias de personas ancianas, etc.), y que necesitan una renovación (calidad) (SAD, Escuelas infantiles, servicios de respiros, etc.) **y 3) mercado:** en aumento exponencial, pero transversalizado por la clase “solo para algunas personas”.

Se suma al análisis de la provisión, el hecho de que existen varios **colectivos** que, como resultado del trabajo, se establecen como **estructuralmente vulnerables** y, por tanto, **necesitan de especiales cuidados** como son: los y las **menores** (infancia principalmente, y en las primeras etapas de vida; pero también adolescencia); personas con **diversidad funcional** y personas **mayores**.

Además, las personas **cuidadoras principales**, cuando los **cuidados** son **más prolongados** en el tiempo, más **intensos**, y realizados **en solitario** (sobrecarga). En este sentido, las mujeres participantes lo valoran de forma unánime como una situación insostenible e injusta, y consideran que es clave indagar sobre nuevas formas de apoyo a estas situaciones, principalmente la de mujeres que cuidan sin apoyos a enfermos de Alzheimer u otras situaciones intensivas de cuidado, **máxime si se efectúan en hogares que carecen de los recursos económicos necesarios para contratar los servicios del mercado.**

En relación a esto se destacan dos situaciones claves: por un lado, la de aquellas **personas progenitoras o cuidadoras principales** que por diferentes razones **tienen mermadas las redes de apoyo familiar en estados de bienestar de esta naturaleza: personas separadas, divorciadas y/o viudas**; personas que carecen de redes de parentesco cercanas por **procesos migratorios** y/o alejamiento de sus lugares de origen, etc. Ya que se encuentran en una situación de clara desventaja y mayor vulnerabilidad estructural para poder compaginar adecuadamente las exigencias del mercado y el cuidado de hijas e hijos menores, personas mayores, diversidad funcional, etc. Por otro lado, las **mujeres ancianas** con mayor esperanza de vida, pero con crecientes limitaciones y a veces con mayor precariedad. Así los hogares unipersonales regentados por mujeres viudas son un colectivo vulnerable, ya que la inmensa mayoría de ellas, fueron amas de casa y no han adquirido derechos sociales propios derivados del empleo, y su sustento descansa en las habitualmente exiguas pensiones de viudedad.

Respecto a los recursos existentes en relación a los cuidados, son destacables tres cosas, todas ellas en el marco de la **necesidad de reforzar los apoyos institucionales y tener un mayor compromiso político** respecto a este tema central para la vida humana y para el ejercicio de la ciudadanía:

Por un lado, que la tendencia de la **administración pública** es la de apoyar la provisión de cuidados a través de **ayudas económicas** que, tal y como se recogen en todos los grupos, **son insuficientes y no acaba de resolver las necesidades existentes** (especialmente las grandes dependencias); y, por tanto, no ayudan a una posible corresponsabilidad. La necesidad de que las administraciones públicas ya sean estatales, de las comunidades autónomas o locales, apuesten por una **mayor inversión económica y de recursos** es una de las ideas que aparece de forma recurrente en los grupos. En este sentido, además, es especialmente destacable las limitaciones de la ley de dependencia, sobre todo en relación a las valoraciones (criterios prioritariamente cuantitativos, inadaptación de indicadores por ejemplo en enfermedades como el Alzheimer, etc.).

Por otro lado, que los **recursos** existentes son muy reducidos y a ellos accede un número reducido de personas (interseccionalidad: clase social, origen, etc.); por lo que, debería **ampliarse el número, las plazas** y su naturaleza (plazas concertadas para el centro de día) **y los servicios** que estos desarrollan -sobre todo en relación a centros de día, residencias y/o pisos tutelados-; así como **revisarse los criterios de acceso a los mismos**. También es clave **apoyar propuestas** residenciales y/o **de cuidados innovadoras** (cohousing, etc.).

Se suma a todo ello, la **necesidad de llevar a cabo cambios sustanciales en la prestación de servicios** que con claves y funcionan como el SAD, las escuelas infantiles, las ludotecas o los campamentos urbanos, etc., para adaptarse mejor a las necesidades actuales de cuidado.

Respecto a las **escuelas infantiles públicas**, destacar que es el principal apoyo con el que cuentan las familias para la atención de estas novísimas generaciones, además de las abuelas y abuelos. Por lo que, constituyen un recurso clave en el cuidado de las y los menores de 0 a 3 años. Por ello, es preciso poner especial atención en las demandas que tengan que ver con este servicio. En concreto, en el grupo de profesionales surgió la necesidad de mejorar la calidad de este importante recurso; en aras a: 1) potenciar su carácter pedagógico y educativo, 2) a establecer óptimos y más estables vínculos con las criaturas, y 3) a tener una atención personal e individualizada; para lo que se demanda la reducción de los ratios de criaturas/educadoras/es. Esta mejora de las condiciones de las personas trabajadoras redundaría en un incremento de la calidad del servicio. Destacan también, la dificultad y la falta de recursos (orientación en el centro) para afrontar las **situaciones especiales** que se les presentan y la forma de afrontarlo con las familias.

En relación al **servicio de ayuda a domicilio (SAD)**, recoger que, después de más tres décadas de andadura, se presenta como un servicio obsoleto que requieren un reajuste importante a las necesidades actuales, y que, por tanto, precisa renovar su estructura y ampliar los servicios que ofrece a día de hoy (atención por las tardes y fin de semana); lo que significa, ampliar su dotación económica y de personal. En este sentido se valora por parte de las profesionales: la falta de tiempo, la sobrecarga del servicio y de las responsabilidades dentro del mismo (por ejemplo, de la coordinadora que además de este servicio, lleva varios programas más, etc.), lo que hace que se resienta, inevitablemente, la calidad del mismo. La mayoría de las personas que atiende el SAD en Huarte son mayores de 80 años y sobre todo mujeres.

En este sentido es **necesaria una evaluación profunda** de los **recursos** a día de hoy **disponibles**, para valorar si realmente responden a dichas necesidades familiares y de cuidados, que no puede obviarse, son muy diversas.

Añadir también, que la **contratación de empleadas remuneradas para el cuidado en el domicilio** de personas muy ancianas, discapacitadas, enfermas, etc. se menciona como una tendencia creciente, cuando la red familiar no existe o no puede asumir los cuidados principales. Cabe señalar, como se aquí se manifiesta la **interseccionalidad**: sexo, condición migratoria y clase social; ya que son, sobre todo las mujeres inmigrantes más pobres que vienen de otros países, las que realizan estos cuidados y, muy frecuentemente, bajo la condición de **internas**.

**La quinta, las consecuencias que tienen los cuidados**, sobre todo en las mujeres cuidadoras principales en la mayoría de casos, como son la **carga** no solo física sino también psicológica que estos conllevan. A lo que se suma, la falta de tiempo, la falta de descanso y la sobrecarga por la falta de reparto de los mismos, llegando a darse lo que se ha denominado el **síndrome de la cuidadora** y frente al que es necesario intervenir. También es destacable replantearse la centralidad, muchas veces exclusiva del cuidado de las personas menor, mayor, enferma, dependiente, y no tanto en la **persona que le cuida, que también debe ser atendida**. Importante, además, reflexionar tal y como se ha recogido previamente, en torno a la **ambivalencia del discurso en torno a los cuidados que vivencian las mujeres y los costos de todo ello**.

Abordar de forma urgente, las **resistencias asociadas al cuidado de los hombres**: 1) socialmente (prejuicios y estereotipos: trabajador familiar, contratación a chicos para el apoyo en las tareas escolares de menores, etc.); 2) el hecho de que ellos no quieran llevarlos a cabo, no se sientan interpelados o tengan que deconstruir la masculinidad hegemónica para desarrollar aptitudes en este sentido (contención y/o expresión emocional, por ejemplo) y 3) la necesidad de que las mujeres se planteen salir de la posición central en los cuidados, ceder el espacio, estructurar otras áreas de reconocimiento, etc.

También se ha hablado sobre la necesidad de **fomentar aquellos factores de protección frente a dichas consecuencias de los cuidados** y que pasan en la mayoría de los casos:

Por un lado, por una **modificación de la estructura social**, principalmente, pero también económica y política **de calado**. Atendiendo, además, al **marco en el que los cuidados tienen lugar** (en solitario o repartido, una vez a la semana o todos los días, conviviendo o no, etc.-); **la persona a la que estos se dirigen** (madre vs. suegra) y **cómo dicha persona se comporta**, algo que es dinámico (alzhéimer, demencias, etc.).

Por otro lado, y al mismo tiempo, por el **autocuidado**, tomando este, múltiples formas: ya sean individuales (tiempo para sí) o colectivos (grupos de mujeres, compartir con amistades, etc.). En cualquier caso, para esto, es clave trabajar la dificultad estructural que vivencian las mujeres, para **ponerse en el centro y priorizarse** bajo la identidad de género femenina y la división sexual del trabajo, **sobre todo en determinados momentos vitales trascendentales** como por ejemplo la crianza o el acompañamiento en la enfermedad y la muerte.

**La sexta y última** que hace referencia, al enfoque centrado en soluciones y que por lo tanto se centra en **retos y propuestas** frente a los mismos, siendo destacable la necesidad de **cambiar el paradigma de cuidados** existentes en nuestras sociedades, estableciendo los mismos como algo colectivo y público, algo que **nos implica a la sociedad en su conjunto**. Que el marco de actuación sea el de la **cuidadanía**, para lo que es clave la implicación política (legislación, mayor inversión, servicios (suficientes, accesibles y de calidad), puesta en valor, etc.) e implicación social (socialización de los cuidados). Que los mismos sean **visibles, valorados y repartidos equitativamente** entre mujeres y hombres. Que la **vulnerabilidad humana** sea un elemento clave en el modelo social existente y que la enfermedad y la muerte, como hechos trascendentales de la vida, formen parte del cotidiano. Que socialmente resulte **problemática la socialización de género y el abuso de las capacidades de cuidados de las mujeres**, entre otras violencias. Que la intervención en los cuidados, desde cualquier ámbito, se lleve a cabo bajo un **enfoque de autonomía**, y que así las personas puedan no sólo elegir cómo, dónde y por quién quieren ser cuidadas, sino también repensar de forma comunitaria e innovadora, esta necesidad vital humana que nos ocupa.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- BALBO, L (1979). *Interferencias. El Estado, la vida familiar, la vida privada*. Milán: Feltrinelli
- BARANDICA, A. ITURBIDE, R. DAMONTI, P. (2017). *Estudio de La gestión de los cuidados y necesidades de conciliación de padres y madres de menores en Zizur Mayor*. Pamplona (s.e.).
- BASAGLIA, F. (1987) *Mujer, locura y sociedad*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla.
- BONINO, L. (2002). *Las nuevas paternidades*. Cuadernos de Trabajo Social, 2003, 16, 171-182. Madrid: CTS-UAM
- CAÑADA, E. (2021). *Cuidadoras. Historias de trabajadoras del hogar, del servicio de atención domiciliaria y de residencias*. Barcelona: Icaria.
- CLIT, E. (2018) *La carga mental: si la vida en común, no a los lugares comunes*. Barcelona: Lumen.
- DURÁN M.A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia: Universitat de València.
- ESPING ANDERSEN 1993. *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Edicions Alfons el Magnanim
- FERNÁNDEZ VIGUERA, B. y BARANDICA ORTIZ DE ZÁRATE, A. (2010). *Estudio de la gestión de los cuidados de personas dependientes de Zizur Mayor*. Pamplona (s.e).
- FINDLING, L. y LÓPEZ, E. (Coords.) (2015), *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. Buenos Aires: Biblos
- GARCÍA FERRANDO, M., IBÁÑEZ, J. y ALVIRA, F. (1989): *El análisis de la realidad social*. Madrid. Alianza Universidad
- IBAIN CONSULTORA (2020). *El confinamiento en primera persona. Vivencias y testimonios*. Instituto Navarro para la Igualdad (INAI).
- IZQUIERDO, M. J. (2000). *Cuando los amores matan: cambio y conflicto en las relaciones de edad y de género*. Madrid: Ediciones Libertarias/ProdhuFi
- IZQUIERDO, M. J. (2003). *Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. Vitoria-Gasteiz: Emakunde
- LLOPIS, M. (2021). *La revolución de los cuidados*. Tafalla: Txalaparta.
- MONJE, C.A. 2011. *Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa. Guía didáctica*. Universidad Surcolombiana. Facultad de Ciencias humanas y sociales. Programa de comunicación social y periodismo. Neiva.
- MARTÍ PALOMO, M. T. (2010). *Estudio “el cuidado de las personas: un reto para el siglo XXI”*. Fundación La Caixa
- MUNÁRRIZ, B. y BARANDICA, A. y FERNÁNDEZ, B. (1999). *Cuando las hijas cuidan a sus progenitores ancianos e incapacitados*, Pamplona (s.e).
- PEREZ OROZCO, A. (2005). *Amenaza tormenta: la crisis d ellos cuidados y la reorganización del sistema económico*. Universidad Complutense de Madrid.
- PEREZ OROZCO, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*.



- SALAS, B. (2003). El modelo coeducativo de la pentacidad. Revista de Investigación y comunicación de experiencias educativas, pág. 147-153.
- SCHNEIDER, A. (2019). *La carga mental de las mujeres*. Larousse.
- URRUTIA BEASKOA, A. (2018). *Cuidar. Una revolución en el cuidado de las personas*. Barcelona: Ariel.

## RECURSOS WEB

- [https://www.fundacionpilares.org/docs/2016/EstudioSAD/SAD\\_EvolucionConceptualizacion.pdf](https://www.fundacionpilares.org/docs/2016/EstudioSAD/SAD_EvolucionConceptualizacion.pdf)
- <https://ajuntament.barcelona.cat/tempsicures/es/noticia/mzas-brecha-de-gzsnero-durante-el-confinamiento>
- <https://www.consilium.europa.eu/es/policies/work-life-balance/>
- <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019L1158&from=EN>
- <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELLAR%3A4119596d-a475-11e9-9d01-01aa75ed71a1>
- <https://www.ine.es/>
- <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/>
- [http://www.navarra.es/home\\_es/Navarra/Asi+es+Navarra/Navarra+en+cifras/](http://www.navarra.es/home_es/Navarra/Asi+es+Navarra/Navarra+en+cifras/)
- <https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/InformacionEstadistica.aspx?R=1&E=3>
- [http://www.navarra.es/home\\_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Economia+y+Hacienda/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Estadistica/](http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Economia+y+Hacienda/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Estadistica/)
- <https://huarte.es/portal/default.aspx>
- <https://revistas.udc.es/index.php/ATL>
- <https://revistas.udc.es/index.php/ATL/issue/view/arief.2020.5.1>
- <http://ipes.oaistore.es/opac/busca.php?formTipo=1>
- [http://ipes.oaistore.es/opac/busca.php?pg1021866876138\\_prox\\_pagina=2&getxpagina=20&codopac=OP003&idpag=1866876138](http://ipes.oaistore.es/opac/busca.php?pg1021866876138_prox_pagina=2&getxpagina=20&codopac=OP003&idpag=1866876138)