

**LA CRISIS
DE LOS CUIDADOS**

qué solas nos dejan

Hace unos días, trataba de explicarle a mi compañero por qué un dossier sobre el cuidado cuando grité: “¡¡Toda nuestra sociedad, nuestro mundo, se sostiene a costa de las mujeres!!!”

Estaba abrumada porque acababa de revisar los textos de este dossier y todos juntos, aunque no agotan el tema, me habían hecho tomar aún más conciencia de lo absurda que es la organización social y económica en que vivimos.

Tras mi explosión, pensé que tendría que explicarme con detalle, en tono pedagógico, porque a menudo los hombres son los menos conscientes de la vital importancia del cuidado, incluso los más sensibles, pero me sorprendió respondiendo sencillamente: “Tienes toda la razón”.

Sí, tenemos toda la razón y sin embargo el mundo en general, y el nuestro en particular, sigue explotando a las mujeres, es decir, aprovechando su trabajo y negándole el reconocimiento y remuneración que éste merece. Y ahora no me estoy refiriendo a la discriminación laboral, de la que al menos se habla, no, hablo de ese otro trabajo que, como dice Neus Moreno en el editorial, todas las mujeres adultas, incluso las ricas (éstas en menor medida, pero siempre en mayor medida que los hombres), hacemos de manera ineludible y a la vez invisible: el cuidado de las personas en todas sus dimensiones.

En fin, no voy a extenderme sobre el tema del cuidado porque las articulistas de este dossier, cada una desde una perspectiva distinta condicionada por su profesión y aderezada por su mirada personal, nos sumergen profundamente en él como en un baño turco cuyo vapor te impregna hasta lo más íntimo.

Sólo quiero apuntar, como granito de arena, que, en mi opinión, no es la educación, como siempre se acaba diciendo de un modo nebuloso, lo que reducirá la violencia contra las mujeres. No, será la dignificación del trabajo de las mujeres, el reconocimiento de la importancia del trabajo del cuidado, reconocimiento político, económico y social, con toda la revolución que ello implica, lo que tal vez reduzca en el imaginario colectivo la idea de que las mujeres estamos aquí para “servir”, que somos criadas de todos, especialmente de los hombres, esclavas, objetos, todo eso que, de un modo insidioso, se contraponen desde el inconsciente de cada cual a los discursos de la igualdad; todo eso que las niñas y los niños ven, perciben, huelen, tan distinto de lo que se les dice.

Esa sería la forma de cambiar la educación porque educar (mal), no nos engañemos, es lo que se ha hecho siempre y se sigue haciendo: con los hechos, que es la educación que de verdad llega.

Margarita López Carrillo

Cuidar, cuidarse, ser cuidada
Rosalina Sicart

¿Quién nos cuidará? La Ley de
Dependencia desde una mirada
feminista
Carme Alemany

A propósito de Kate Millet
Pilar V. de Foronda

Una comunidad de cuidados
Anna Freixas Farré

Cuidados a domicilio
Eugenia Sánchez Loperena

Crónica del II congreso de daño cerebral
adquirido. “Desde el déficit hacia la
participación social”
Vita de l’Ascensió Arrufat Gallén

El impacto de la crisis económica
sobre la salud en clave de desigualdades
Mayor impacto sobre la salud de las
mujeres
Lucía Artazcoz



Rosalina Sicart

Pedagoga

rosalina.sicart@gmail.com

cuidar, cuidarse,

La experiencia con enfermos de Alzheimer

Cuidar implica dedicar atención, pensar, sentir temor por alguien y ello puede significar desasosiego y preocupación ante la vulnerabilidad humana. Los humanos nacemos desvalidos y pasamos de la dependencia absoluta a la interdependencia. De modo que la vulnerabilidad fundamenta el cuidado a la vez que genera formas de convivencia y ciudadanía.

Dimensión social del cuidado

El cuidado introduce la necesidad del otro. Si no hubiera sido porque alguien se hizo cargo del cuidado de cada uno de nosotros y de nosotras al nacer y durante un largo tiempo no estaríamos hoy aquí. Tardamos en crecer hasta llegar a personas adultas, enfermamos varias veces durante la vida y morimos, por lo que a lo largo del ciclo vital necesitamos recibir el cuidado, darlo a los demás y a uno o una misma.

La relación de cuidado, es una relación complementaria: dar y recibir. O sea que de una parte, está quien practica el cuidado implementando los quehaceres propios de la tarea de cuidar y, de la otra, quien es el objeto de esos cuidados. Ahora bien, ese dar y recibir, como lugares no son fijos sino intercambiables, a veces se da a veces se recibe. Pero además, en el dar algo se recibe y al recibir algo se da. Por lo que se insta una relación de poder, el de dar o negar el cuidado y el de recibirlo

o rechazarlo, con el riesgo de caer en la omnipotencia del dar sin límite o en la sumisión de recibirlo todo.

Las familias

En los últimos decenios, la forma tradicional de la familia ha sufrido una importante transformación que ha derivado en distintas modalidades de familia. Por ello es más propio denominar las familias que la familia. No obstante esta transformación, las familias siguen siendo el principal agente ejecutor y proveedor del cuidado de sus miembros en situación de dependencia, aunque las formas de llevar a cabo el cuidado se hayan diversificado quizás tanto como las familias. Una buena muestra de ello se manifiesta en el cuidado de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer. Esas personas requieren ser cuidadas porque los efectos de la enfermedad evolucionan de modo implacable hacia el deterioro progresivo y global de sus capacidades cognitivas, psicológicas y de la conducta. Ello implica que dichas personas dependen inevitablemente de alguien que se haga cargo de sus necesidades vitales y de sostener su dignidad. En la mayor parte de los casos afecta a las personas de más edad de la familia aunque también existen algunos casos en personas jóvenes.

Los cambios en las formas de cuidar se manifiestan en la tendencia a conjugar el cuidado familiar con el profesional de los servicios sanitarios, sociales, centros

de día, residencias y entidades.

Cabe destacar, el importante papel de las asociaciones de familiares de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, que surgidas desde la base social formada por familiares, profesionales, voluntarias y voluntarios, ofrecen información, apoyo psicológico y formación especializada para los familiares.

La experiencia que puedo transmitir como profesional se halla encuadrada precisamente en el marco de una asociación de familiares.

¿Quién cuida?

Aunque en el seno de las familias prevalezca la tradicional feminización del cuidado, no dejan de estar presentes los varones como cuidadores directos. Sobre todo, cuando la enferma es la esposa. Cuando existen hijas, tienden a ocupar un segundo plano haciéndose cargo de la organización doméstica, la búsqueda de información y recursos... Este segundo plano, también lo ocupan algunos hijos aunque en menor medida.

Un importante papel tienen las cuidadoras que trabajan en el domicilio de la persona afectada. En general son mujeres extranjeras que conviven con la persona enferma, sobre todo cuando ésta vive sola o se trata de un matrimonio mayor. Habitualmente estas cuidadoras no son profesionales pues carecen de formación previa pero realizan una gran

ser cuidada

tarea asistencial. Con la introducción de estas cuidadoras la feminización del cuidado directo sigue extendiéndose.

En las circunstancias que se practica el cuidado en el seno de las familias es muy importante tener en cuenta la precariedad de la preparación con la que este se ejerce. Los problemas que se presentan requieren de una comprensión específica y de una preparación adecuada de quien se hace cargo del cuidado y de su entorno próximo. Sin embargo, las personas que cuidan se encuentran abocadas a un aprendizaje espontáneo en soledad, por lo que no es extraño que, a menudo los familiares cuidadores y cuidadoras directas se sientan confundidas, desorientadas y desbordadas ante los cambios que la enfermedad introduce en la persona afectada que implican directamente a quien le cuida y, por ende, al núcleo familiar. Con ello, el terreno está abonado para la aparición del escepticismo y la inseguridad respecto a la propia capacidad de cuidar, la atención poco adecuada hacia la persona enferma y el desgaste de quien cuida.

Dimensión psíquica del cuidado

El Alzheimer provoca la pérdida progresiva de la capacidad de relacionarse, realizar tareas domésticas y otras responsabilidades que la persona afectada llevaba a cabo anteriormente.

Esas pérdidas repercutirán en el núcleo familiar y en el entorno próximo pero,

de una manera especial, en quien se hace cargo del cuidado por la consiguiente transformación de la relación con la persona enferma y las nuevas responsabilidades. Esos cambios afectan al estado de ánimo de quien cuida, ya que actúa según su disposición de ánimo, influyendo en el modo de tratar a quien recibe el cuidado en función de las expectativas depositadas en la relación vincular.

Cabe tener en cuenta que, por sí mismo, el acto de cuidar, ya implica una encrucijada entre la emoción y el pensamiento, porque el temor, el recelo, la preocupación, la responsabilidad activan la acción de cuidar dando pie a la comprensión del acontecer, pero también es necesario operar con el pensamiento para entender, analizar, priorizar y organizar qué hacer, cómo y cuándo hacerlo, con lo que la propia relación de cuidado es a la vez instrumento y vínculo facilitador o dificultador de la tarea y, por lo tanto, fuente de satisfacción y de malestar.

Cuando el cuidado se da entre los miembros de una familia, el vínculo emocional circula por una doble vía: por una parte, entre quien cuida y quien recibe el cuidado existe un vínculo previo y, por la otra, el cuidado impulsa a quien lo ejerce a responder desde el sentir y la cognición. Al adquirir mayor complejidad el vínculo emocional entre los miembros de una familia, se entiende por qué afecta tan intensamente el malestar a los familiares que practican el cuidado.

Por tanto, esa doble condición del vínculo emocional en el cuidado familiar es necesaria tenerla en cuenta al atender a cada familiar cuidador o cuidadora en el proceso psicopedagógico de adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y transformación subjetiva.

El malestar en la relación de cuidado

No es extraño que los familiares cuidadores, sean hombres o mujeres, lleguen a los servicios de la asociación aquejados de un gran malestar. En la práctica del cuidado, el malestar no se puede evitar, pero se puede trabajar. Trabajar el malestar quiere decir activar los factores modificadores de éste. Para ello cabe desplegar un proceso de elaboración subjetiva, para que cada persona pueda encontrar su modo de llevar a cabo la tarea del cuidado junto con las demás responsabilidades. Las sesiones individuales y en grupo dirigidas por un técnico resultan medios eficaces para ir abordando las dificultades que surgen en la práctica del cuidado.

Los grupos de ayuda mutua reúnen a los familiares que cuidan. Son grupos abiertos de manera que los familiares participan durante el tiempo que necesitan. Disponen de pautas para el funcionamiento y aportan un lugar donde encontrar a otras personas para compartir un proyecto de cuidado y trabajar conjuntamente con el objetivo de que cada participante vaya encontrando su modo de cuidar. Funcionan organizados



y dirigidos por un técnico que modera las intervenciones de los participantes, conduce a partir de la experiencia de cada cual, las operaciones que construyen subjetividad para emprender los sucesivos cambios en la propia subjetividad, en el trato con la persona enferma, en las formas de abordar el cuidado y en el aprendizaje de las tareas necesarias.

¿Por qué cuidado?

Al preguntarle a Enrique por qué cuida a su esposa, éste dice: *es mi obligación, le cuido porque es mi mujer y ella hubiera hecho lo mismo por mí.* María como hija, lo expresa diciendo: porque es mi madre y ella me cuidó a mí.

La pregunta sobre el por qué cuida, formulada por la conductora del grupo, ayuda a explicitar la vinculación emocional entre quien cuida y quien recibe el cuidado y distinguirla de la relación parental. La relación parental se refiere al rol social: relación de pareja, de hermanos, de madre/hijo, hija... El vínculo identifica el lazo afectivo que une a ambas personas más allá del rol social. O sea, pone de manifiesto la dimensión del amor existente en una determinada relación y el carácter de reciprocidad de la relación vincular, ese sentirse afectivamente "obligados" a cuidar de los

allegados como lo expresan Enrique y María. Entendida la obligación en el sentido de sentirse ligados, atados por el afecto hacia la persona objeto del cuidado.

Ese sentimiento de obligación impulsado por el afecto lleva a muchas personas cuidadoras hasta el agotamiento físico y psíquico porque se sienten concernidas a hacerlo todo para la persona objeto de su afecto y durante el tiempo que sea preciso. Pero ocurre que, el cuidado de una persona afectada por una demencia es de 24 horas al día y además de largo recorrido, por lo que requiere de una actitud comedida para administrar la propia disponibilidad y delegar si es necesario algunas tareas de cuidado a otros recursos.

Por eso al identificar el por qué una persona cuida permite plantear cómo hacer para eliminar factores de malestar por el hecho de estar cuidando bajo la lógica del "todo o nada" impulsada por el sentimiento de obligación requerido por el afecto.

Hacerse cargo del cuidado

La Sra. Teresa cuida de su marido desde hace unos meses. Dice estar muy triste. *Me dicen que me anime pero... sólo tengo ganas de llorar.* Lo dice como si no se atreviera. Mira tímidamente buscando aprobación. Le pregunto cómo se siente después de llorar y responde: *más ligera.* Se queja de que su familia no entiende de que ahora lo que más necesita es llorar.

A continuación Loli interviene diciendo: *sé lo que quieres decir porque ya he pasado por ahí. La responsabilidad de cuidar toca, agrade o no. Hasta que no la aceptas cuesta muchas lágrimas.*

Teresa esboza una sonrisa. Isabel toma la palabra diciendo: *el primer tiempo es terrible, yo creí que no conseguiría sobreponerme, pero ahora lo llevo mucho mejor porque he aprendido mucho con la ayuda del grupo.* Tomás añade: *yo no he cuidado nunca, de eso se encargaba mi mujer. Yo era de los que no había frito nunca un huevo, ni sabía dónde estaban los calcetines. Ahora mi responsabilidad es aprender. Por eso estoy aquí.*

Hace tres años que Fernando cuida de su esposa y dice dirigiéndose a todos: *primero la atiendo a ella, después a mí. Después quiere decir más tarde pero nunca desatenderme. Ahora lo tengo claro porque me equivoqué muchas veces.*

El hacerse cargo del cuidado de la persona enferma, en las condiciones que impone cualquier tipo de demencia, requiere un proceso de aceptación de esa nueva realidad en cada relación parental. Aunque quien cuida realice desde el primer momento las tareas de cuidado necesarias, es preciso distinguir el llevar a cabo los cuidados, de asumir la responsabilidad del cuidado. Si bien cuidar en esta circunstancia no es algo esperado, aceptar dicha responsabilidad corresponde a un acto de elección que actúa como factor modificador del malestar. Otro factor modificador del malestar es el activar la capacidad de aprender de la propia experiencia y por ende de las equivocaciones, tal como nos lo muestra el trabajo en grupo precedente.

La toma de decisiones

Otro tema generador de malestar es la toma de decisiones respecto a las formas de atender a la persona enferma según nos muestra la viñeta siguiente. Hace seis años que Rosa cuida a su

madre. Lo está pasando mal. *No puedo más. Estoy en crisis.* Una crisis plantea un cambio. Rosa ya sabe cuál es el cambio pero no acaba de tomar la decisión de llevar a su madre al centro de día. Al mismo centro van la esposa de Fernando y la madre de Loli. Ambos dicen a Rosa que en su momento le dieron demasiadas vueltas. Y cuando por fin lo hicieron. Que descanso!!! Cuanto tiempo disponible!!! Y las afectadas tan contentas en el centro de día.

Introducir una cuidadora en el domicilio, llevar a la persona enferma a un centro de día o el ingreso en una residencia son decisiones vividas con mucho malestar por parte de las personas que cuidan.. Quien decide tiene la sensación de abandonar a la persona que cuida, en lugar de sentir que la deja en otras manos. Ese sentimiento de abandono levanta un sinfín de temores. Y quien cuida se encuentra en una encrucijada. Por una parte piensa que es la manera posible de seguir cuidando dadas las circunstancias y, por la otra, los sentimientos impiden llevar a cabo la decisión.

Las demasiadas vueltas que expresan Fernando y Loli, compañeros de grupo de Rosa, tienen la función de preparar subjetivamente para tener la fuerza de llevar al acto la decisión. Una vez se ha llevado a cabo, si todo sale bien, se desvanecen los miedos y desaparece el malestar.

El momento oportuno

Algunas veces es conveniente realizar el trabajo de elaboración subjetiva de modo individual como en el caso de Marite.

Marite está decidida a cuidar de su madre y para ello se ha instalado en

la casa de ésta. Quiere ofrecerle afecto, dice: *es lo mejor que le puedo dar.* Mientras ella trabaja, una cuidadora a domicilio se ocupa de la madre y ella con sus hermanas se han organizado para cuidarla por las tardes y los fines de semana.

Se ocupa de no hacer más de lo necesario para su madre e intenta que esta se valga por sí misma en todo lo que puede. Vigila a distancia aquello que la madre hace por sí sola y le guía indicándole verbalmente cuando se desorienta. Se ríe con ella cuando ésta hace de las suyas como por ejemplo guardar el chocolate entre las sábanas o la dentadura en el bolsillo.

Llega un momento que la madre se levanta por las noches cinco o seis veces. Pone barandillas a la cama para impedir que se levante, pero la madre es ágil y salta por encima. Pasado un tiempo, ella acusa el cansancio de no dormir una noche entera. Pide ayuda y se turnan las noches con una hermana. Pasados unos meses su ánimo se ha deteriorado: *Estoy cansada, no puedo más. Quiero transmitirle la alegría de cuidarla y ahora sólo siento amargura. Ha llegado el momento del ingreso a la residencia.*

Marite se había preparado previamente para tomar esa decisión, sólo faltaba encontrar el momento oportuno: *Para mí ya ha llegado el momento pero, no sé si lo es para ella.* Como no encuentra una respuesta convincente para su duda, de acuerdo con sus hermanos, ingresa a la madre en una residencia, donde la visitan todos los días y los domingos la lleva a comer a casa. Una vez la madre ha comido quiere irse: *vamos, vamos que me esperan allí.* Marite dice: *ahora he recuperado la alegría. Ríe mucho con ella,*

más que antes. Está muy divertida dice una cosas que hace reír a todos. En la residencia es muy querida por sus ocupaciones. Mi madre ha cambiado mucho se ha vuelto cariñosa y muy sociable. Agradezco lo que está ocurriendo aunque no está bien decirlo.

Aunque en las viñetas precedentes se evidencian los vínculos afectivos entre familiares, no siempre estos existen. En la historia de una familia a veces se han ocasionado abusos o realidades muy duras que han roto los vínculos afectivos, sin embargo, se ha conservado la relación familiar. Lo que hace necesario estudiar y valorar cada caso para ver si existe alguna posibilidad de atender a la persona enferma aunque sea para delegar el cuidado a una institución.

La elaboración emocional

Hemos visto como la relación de cuidado tiene efectos sobre la subjetividad de las personas implicadas. Esos efectos activan un proceso de elaboración emocional, que pasa por aprender a convivir con la enfermedad y la incertidumbre. Ramón lo expresa así: *desde que mi madre se ha echado de novio al Alzheimer, no veas como es la vida en casa.* Lo que supone transformar la relación con la persona afectada, ya que las creencias y las expectativas se desvanecen. Por lo tanto, es preciso encontrar algo que permita disfrutar de la relación como expresaba Marite más arriba: *ahora me río con ella,* para lograr sostener la dignidad de la persona enferma y de quien cuida. De quien cuida, porque la práctica del cuidado puede llegar a despersonalizarla ocasionalmente y, de quien es objeto de cuidado, porque sigue teniendo valor como persona más allá de su utilidad y falta de autonomía.



Carme Alemany

Socióloga

carmealemany@cedis.cat

¿Quién

La Ley de Dependencia desde una mirada feminista

De dónde venimos

Históricamente, en la sociedad patriarcal-capitalista, las mujeres han estado obligadas a asumir el trabajo de cuidados, base de la división sexual del trabajo en la que se apoya la familia nuclear tradicional. La pareja heterosexual, con un estricto reparto de roles, hombre/ganador de pan y mujer/ama de casa, fue la estructura sobre la que se desarrolló el mercado laboral y el Estado de bienestar a partir de la implantación de la dictadura en nuestro país, especialmente entre las clases medias y altas, con lo que se consolidó aún más el papel de cuidadoras atribuido a las mujeres. El mercado se consideraba autónomo y asumía que los trabajadores (asalariados) estaban libres de cargas o necesidades de cuidados y totalmente disponibles para el empleo. No obstante, este tipo de trabajador no era más que un tipo ideal ya que sólo podía existir a condición de que en el ámbito privado doméstico tuviera quien asumiera la responsabilidad del trabajo de los cuidados (trabajo no remunerado). Esta división entre el trabajo remunerado y el trabajo sin remunerar ha impedido ver la relación entre ambos y hacer posible la visibilidad y el reconocimiento o valor económico del trabajo realizado por las mujeres y ello a pesar de que sin él ni la estructura social ni el mundo laboral remunerado podían sostenerse.

No obstante, esta estructura de familia entra en crisis a partir de mediados de

los años 70 con el cambio que supuso para las mujeres los logros de la lucha feminista en términos de libertad y autonomía en relación con un modelo que se sustentaba en la opresión de la mitad de la población. Progresivamente, el modelo de familia ha empezado a cojear y se ha hecho inviable, a medida que han sido más numerosas las mujeres que se han incorporado a un mercado de trabajo estructurado en masculino (es decir, para unas personas que no tenían ninguna persona que cuidar, ni tenían que asumir su propio cuidado). Es en este momento que se encaran intensamente dos lógicas opuestas, la del mercado y la lógica del cuidado y las mujeres se ven obligadas a compaginar con grandes dificultades el trabajo asalariado junto con el trabajo de cuidados.

Paralelamente, a dicho cambio social se le han sumado otros elementos, unos de tipo demográfico como son la reducción de la tasa de natalidad, el envejecimiento de la población y el incremento de la esperanza de vida, cuya suma repercute en un incremento de las necesidades de cuidado. También hay que subrayar otros factores que se agregan a los ya citados y agravan aún más la dificultad para hacer frente al trabajo de cuidados como resultado de la estructura socioeconómica que busca en primer término el beneficio y la acumulación. Entre ellos, cabe citar: la mayor precariedad en el empleo y la vivienda, la mayor movilidad geográfica, la cual distancia y obstaculiza el mantenimien-

to de las redes sociales, un crecimiento urbanístico en base a la especialidad del territorio (urbanizaciones, centros comerciales y polos industriales) que dificulta y complica la comunicación social, la construcción de redes sociales de ayuda y el desempeño de la vida cotidiana, y los cambios en la estructura familiar (familias monomarentales, divorcios, etc.). En definitiva, un conjunto de factores que incrementa los obstáculos para poder responder al mantenimiento y sustento de las personas.

Este nuevo contexto ha forzado la aparición de diferentes medidas por parte del Estado y de las empresas, entre ellas el trabajo a tiempo parcial y las políticas y medidas llamadas de "conciliación". No obstante, ninguna de ellas ha conseguido mitigar el choque entre las necesidades del mantenimiento y cuidado de las personas y la centralidad de la lógica del beneficio y la acumulación, la cual se manifiesta especialmente a través de los imperativos del mercado laboral.

Por otra parte, tampoco el colectivo masculino se ha sentido interpelado por la responsabilidad de asumir los trabajos de cuidados y los estudios realizados muestran muy escasas mejoras en esta materia a la vez que evidencian una gran resistencia al cambio, por lo que no se ha producido una redistribución significativa de los trabajos de cuidados en el ámbito privado. El modelo del hombre ganador de pan sin cargas

¿nos cuidará?



Fotos Rosa Masdeu

y disponible para el mercado laboral no parece tambalearse de momento.

Por todo ello, no es de extrañar la preocupación del colectivo femenino ante la inseguridad de poder cuidar a otros, así como poder cuidarse a sí mismas o recibir cuidados cuando los pudieran necesitar. ¿Quién nos cuidará?, es una pregunta frecuente que indica la creciente inquietud de las mujeres.

La mirada crítica

La crisis del modelo, que desde el feminismo se llama "la crisis de los cuidados" ha conducido al desarrollo de un pensamiento crítico respecto al funcionamiento económico de la sociedad patriarcal-capitalista y que plantea la necesidad de situar la sostenibilidad de la vida en el centro de toda la actividad colectiva, de manera que se considere como objetivo prioritario el mantenimiento y cuidado de la población. Esta visión crítica, desarrollada desde la economía feminista, conduce a rechazar la búsqueda del beneficio económico como eje regulador y exige que la sociedad se organice en torno de las necesidades de las personas, en lugar de dar prioridad a los rendimientos del capital, como señala Cristina Carrasco: "Entre

la sostenibilidad de la vida humana y el beneficio económico, nuestras sociedades patriarcales capitalistas han optado por este último. Esto significa que las personas no son el objetivo social prioritario, no son un fin en sí mismas, sino que están al servicio de la producción" (Carrasco, 2001).

En la actualidad, ante la crisis de los cuidados, emergen una serie de reivindicaciones feministas que implican una reorganización y reestructuración del conjunto del sistema socioeconómico, con el fin de contrarrestar la persistencia de la imposición del trabajo de cuidados a las mujeres, la ausencia de medidas eficaces a favor de la redistribución social de la sostenibilidad de la vida y la falta de una redefinición de los derechos sociales y económicos que conduzcan al abandono del modelo tradicional del reparto del cuidado y mantenimiento de las personas.

En primer lugar, la reivindicación a favor del "derecho a decidir si se desea o no cuidar" un derecho históricamente negado a las mujeres, puesto que cuidar ha constituido una imposición social que se ha apoyado en la moral reaccionaria del cuidado, del altruismo y del sacrificio. A esta reivindicación se le suma la reivindicación del "derecho a ser cuidado/a"

en una red servicios públicos de calidad que procuren los cuidados que precisen las personas necesitadas de ellos y las personas dependientes, como única salida para que pueda haber igualdad. Esta reivindicación feminista exige, por supuesto, una individualización/"desfamiliarización" de los cuidados y la universalización de los mismos.

Desde el feminismo, también se reivindica el "derecho a poder procurar cuidados de calidad" de manera que las mujeres que deseen cuidar puedan disponer del tiempo suficiente para cuidar en condiciones dignas (permisos en el trabajo asalariado, reducción de jornada laboral sin reducción salarial, etc.). Este reivindicación incluye la mejora de las condiciones de trabajo de las/los trabajadoras del sector de los servicios de cuidados a la personas y la revalorización de los cuidados, como medida indispensable para que pueda existir una red pública de calidad.

En resumen, unos derechos que son inexistentes al no haber una redistribución de las responsabilidades del trabajo de cuidados en la sociedad patriarcal-capitalista de manera que se asuma la sostenibilidad de la vida como prioridad central.

La Ley 39/2006 de Promoción de La Autonomía Personal y Atención a Las personas en situación de dependencia

En este contexto, ¿qué papel juega la llamada ley de dependencia? ¿Responde a los problemas planteados desde el feminismo o bien se afronta la situación desde el viejo y obsoleto modelo que consolida la estructura patriarcal-capitalista?

Para responder a estas preguntas nos centraremos en analizar los aspectos que consideramos como más importantes de la ley: las condiciones para ser beneficiario, la estructura organizativa, las prestaciones y la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones y el papel de las personas cuidadoras.

a) Las personas beneficiarias de La Ley

La Ley designa como un derecho subjetivo, individual y universal recibir la atención necesaria cuando una persona está en situación de dependencia permanente. Sin embargo, el artículo 5, establece una serie de condiciones que limitan que todas las personas dependientes puedan acogerse a la Ley.

- Menores de 3 años en situación de "dependencia" reconocidos como tales a través de un sistema de valoración de su diversidad funcional específica.
- Personas españolas que acrediten su residencia en el territorio español durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de la presentación de la solicitud¹.

- Personas extranjeras, en situación regular en España, conforme a la Ley de Extranjería y titulares de la tarjeta de residencia permanente (residencia no inferior a 5 años)².

Las citadas limitaciones restringen, sin duda, el derecho universal que se pretende afirmar. De igual modo, tampoco está asegurado el derecho subjetivo ya que no está suficientemente garantizada la disponibilidad presupuestaria ni la existencia de una red suficiente de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como se desarrollará más adelante. Como tampoco se soluciona el problema de los cuidados de las personas en situación de dependencia temporal de larga duración.

b) La estructura organizativa

Según el artículo 6.2. de la Ley, el SAAD se configura como una red de utilización pública, lo que no significa un servicio público, sino que incorpora de forma coordinada centros y servicios públicos y privados. Además, en el artículo 16 referido a la Red de servicios se menciona también a las ONGs y la participación de las organizaciones de voluntarios.

El texto de la Ley explicita claramente que se trata de *"la optimización de los recursos públicos y privados"* y resalta *"la participación de la iniciativa privada"*. De este modo, a través del establecimiento de la Ley, se pretende reforzar el sector privado introducido ya en la actividad de cuidados a las personas, lo que ampliará e incrementará el área de negocio de este sector económico.

El desarrollo del sector privado en el área de los cuidados a las personas dependientes es muy preocupante si se tienen en cuenta las características del sector. Se trata de una actividad

intensiva en mano de obra, de manera que el rendimiento económico de las empresas sólo puede provenir de la compresión de los costes salariales o sea a través de la combinación de bajos salarios e incrementos del ritmo y de la carga de trabajo, lo que repercute negativamente en la salud de las cuidadoras y en la calidad de los cuidados que se ofrecen. Ello hace prever el incremento de las características propias del sector: la precariedad y la feminización de la mano de obra. Se está lejos, por lo tanto de una auténtica valoración de los trabajos de cuidados, la cual tendría que ir acompañada de remuneraciones dignas, valoración social y derechos sociales asociados.

Por otra parte, la falta de garantías para el desarrollo de una red suficiente de servicios del SAAD, fomentará muy probablemente el incremento de las desigualdades en relación a la cobertura, no solamente entre las zonas urbanas y las zonas rurales, en las cuales garantizar los servicios que pretende prestar la Ley es mucho más complejo y difícil, sino también en las zonas semirurales y zonas urbanas deprimidas donde no se puede garantizar el pleno rendimiento de las inversiones privadas. De la misma manera que tampoco se garantizan las prestaciones y servicios que no son rentables. Una vez más las necesidades de las personas se quedarán supeditadas al rendimiento del capital.

c) Las prestaciones y La participación de Las/ Los beneficiarias

Las prestaciones económicas previstas se refieren a distintas modalidades:

- La cobertura de la contratación del servicio cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad eco-

nómica de la persona beneficiaria, pero no está garantizada que la prestación económica sea de una cuantía suficiente para sufragar los gastos de un servicio privado.

- Cuidados en el medio familiar. El beneficiario podrá excepcionalmente recibir una prestación para ser atendido por cuidadores no profesionales (entorno familiar). El cuidador/a no profesional recibirá una compensación económica por ello y deberá estar de alta de la Seguridad Social.
- Asistencia personalizada limitada a personas con gran dependencia cuya prestación económica tenderá a contribuir a la contratación de una asistente personal.

Las/los beneficiarias participarán en la financiación de las prestaciones según el tipo y coste de los servicios y su capacidad económica personal, ésta también se tendrá en cuenta para determinar la cuantía de las prestaciones económicas. Sin embargo, la Ley no indica la relación proporcional de las prestaciones económicas y el coste de los servicios. Tampoco indica la proporción del copago de los servicios en relación al coste de éstos, sino que dependerá de la renta y del patrimonio de la persona solicitante.

La aportación de fondos públicos a través de las prestaciones económicas y la obligación del copago por parte de las personas solicitantes de cuidados son susceptibles de generar una demanda importante en el sector de los cuidados a las personas que repercutirá a favor del desarrollo del sector privado, lo que significará un drenaje importante de recursos públicos hacia el sector privado. En definitiva, no se está asistiendo a la construcción del cuarto pilar del Estado de bienestar, como se había afirmado, sino a un proceso creciente de desman-

telamiento del Estado de bienestar en beneficio del sector privado. Desgraciadamente, a través de la Ley de Dependencia tampoco se está fomentando la responsabilidad social en la sostenibilidad de la vida sino que se están dando facilidades para la acumulación.

Asimismo, la combinación de todas las formas de cubrir los cuidados a las personas dependientes y la falta de concreción en relación a la proporción de la participación de cada una de ellas hacen correr el riesgo del incremento de las desigualdades sociales. Se pueden vislumbrar ya tres grupos:

Por una parte, los segmentos de la población con suficiente poder adquisitivo que podrán dirigirse hacia la oferta del sector privado con mayor calidad en los servicios; por otra parte aquella población con menor capacidad de consumo que buscarán la gratuidad de los servicios (públicos o privados concertados) a través de las ayudas monetarias y, finalmente, aquellos que recurrirán a los cuidados familiares con el fin de obtener recursos públicos reservados para los cuidados en el entorno familiar. Se está lejos, pues, de la reivindicación feminista de una red de servicios públicos en el ámbito de los cuidados a las personas en situación de dependencia como garantía de calidad y de igualdad entre las personas beneficiarias.

d) Las personas cuidadoras del entorno familiar (Las mujeres)

Como se ha mencionado, la Ley prevé que los cuidados en el domicilio de las personas en situación de dependencia podrán ser prestados por personas de la familia o de su entorno (cuidadores/ras no profesionales).

En este caso la persona cuidadora deberá ajustarse a las normas sobre afi-

liación, alta y cotización a la seguridad que se determinen reglamentariamente. Este punto es realmente polémico puesto que las condiciones laborales no están claras, entre ellas la cuantía de la prestación económica que se percibirá y el régimen de seguridad social al que se adscribirá este tipo de trabajos, si habrá reconocimiento del derecho a jubilarse y la cuantía de la jubilación una vez haber cotizado. ¿Puede considerarse que de trabajadoras no remuneradas se transforman en trabajadoras remuneradas o en trabajadoras precarias? Tampoco se indica cual será la normativa sobre las condiciones laborales, ni los derechos y deberes de cada parte, si se regirá por algún tipo de regulación pública o serán las relaciones personales que primarán, ni tampoco si habrá un reconocimiento de los saberes de la persona cuidadora de manera que posteriormente pueda ser calificada como cuidadora profesional.

En definitiva, se da un fuerte peso a la institución familiar en la provisión de cuidados y no se rompe con el tratamiento de ésta como unidad básica de la política social y, en consecuencia, las mujeres continúan siendo las proveedoras de cuidados peor remuneradas.

¿Es esto el principio de la perspectiva de género indicado en el artículo 3 de la Ley?

conclusiones:

- Es una lástima que la Ley de Dependencia no represente una apuesta por un cambio profundo en la estructura socio-económica sino que es la intervención mínima a la "crisis de los cuidados" con el fin de paliar un conflicto social. La Ley no responde a la grave falta de derechos que afecta a las mujeres: el derecho a elegir cuidar

... →

o no cuidar junto con el derecho a ser cuidadas/os por parte del sector público como garantía de calidad y de igualdad. Tampoco responde al derecho de procurar cuidados de calidad por parte de las mujeres que lo elijan libremente o que trabajen en el sector de los cuidados a las personas.

- Las mujeres seguirán siendo las protagonistas mal pagadas o sin remuneración en la provisión de cuidados y a las que no se les reconoce ninguna vía de intervención.
- Se perpetúa además la desigualdad entre hombres y mujeres, en relación a la distribución de los cuidados, por lo que se mantiene la falacia de la independencia de los hombres, lo que no permite poner el énfasis en los cuidados como una responsabilidad del conjunto de la sociedad y como tal un objetivo social prioritario.
- La consolidación del sector privado en el ámbito de los cuidados a las personas con diversidad funcional da paso al incremento de las desigualdades sociales y a la precariedad e intensifica la prioridad a la lógica de la acumulación por encima de la lógica del mantenimiento y cuidado de las personas, por lo que se consolida el predominio de aquélla en detrimento de la sostenibilidad de la vida que debería ser una opción política de primer orden.

1. Se excluye aquellas personas españolas que residiendo ya en el territorio, pero con una permanencia menor a los dos años, puedan ser, súbitamente, sujetos dependientes por causas de accidentes laborales o viales u otro tipo de enfermedad, lo que las obliga a continuar a cargo de su red familiar en materia de cuidados.
2. Exclusión de las personas extranjeras con menor tiempo de residencia y en situación semejante a las citadas en la nota 3.



Eugenia Sánchez Loperena

Cuidadora

eugeniasalo@gmail.com

cuidados



qué es el SAD

Cuando se habla de atención a la dependencia se suele relacionar con la atención a personas mayores en instituciones, pero existe un sector aún bastante desconocido para muchos que es el SAD (Servicio de atención a domicilio). Las diferencias entre estos servicios no son sutiles sino abismales.

A quién atendemos

Cuando una persona ingresa en una residencia, sale de su casa y de su entorno y deja atrás todas sus costumbres y rutinas (alimenticias, higiene, entretenimiento) para adaptarse a las rutinas que se le imponen en su nuevo "hogar". Con el SAD se pretende que las personas puedan mantenerse en su hogar durante el mayor tiempo posible, fomentando su autonomía y ayudándolas en las dificultades que puedan tener para las actividades de la vida diaria. Estas personas no siempre están solas. También tenemos que tratar muchas veces con sus familias y entorno social.

a domicilio

El SAD atiende también a grandes dependientes que, bien por decisión de la familia, bien por falta de plazas en instituciones, se quedan en sus casas hasta el final. No todo son ancianos en nuestra vida laboral, también atendemos a personas minusválidas, con enfermedades degenerativas o terminales, salud mental, a la infancia y a familias en riesgo social. Un abanico de personalidades de todas las edades.

En La intimidad de Los hogares

Cuando hablamos de SAD, somos los y las profesionales las que invadimos la intimidad de estas personas y esto hace que nuestra intervención, más allá de las diferencias técnicas (espacios adaptados, camas articuladas, ayudas técnicas) sea mucho más compleja. Se requieren grandes dosis de respeto y de paciencia, sobre todo teniendo en cuenta que no podemos hacer diferencias entre las personas por su idiosincrasia y, al estar en su terreno, hacerles cambiar aquellas cosas que creemos que van a mejorar su calidad de vida es, a veces, un camino largo y difícil.

Hay que desarrollar grandes dosis de empatía y cuidar mucho la calidad de la relación sin implicarse, evaluar las necesidades, los riesgos. Aunque la Trabajadora Social hace una evaluación inicial es en el día a día donde se van perfilando las necesidades de servicio o recursos.

Durante nuestra jornada visitamos una media de 7 personas. Todas tienen problemáticas muy distintas. Nos enfrentamos cada día a la soledad, el aislamiento, la depresión, el abandono, el abuso, el alcoholismo, las drogas, la decadencia física y mental, la enfermedad y la muerte. Hay que ser muy profesional para mantener el equilibrio emocional día a día.

grandes dosis de ética

No quiero que nadie piense que siempre tratamos con las miserias de la vida. Tratamos también con familias maravillosas, personas que nos dan lecciones de vida y que nos hacen pasar ratos muy divertidos.

Otras veces sientes un poco de desazón al cerrar la puerta de una casa, limitada por el tiempo que te dan, pero según

sales a la calle tienes que olvidarte de lo que dejas atrás para centrarte en lo que tienes por delante.

Además, una buena profesional de este campo debe tener grandes dosis de ética. Tratamos con personas muy vulnerables y que casi siempre tienen una fe incondicional en nosotras. Este trabajo requiere una autorreflexión constante sobre tu intervención. No puedes en ningún momento dejarte llevar por la rutina porque si lo haces, si dejas de escuchar hasta los silencios, de observar las pequeñas cosas día a día, automáticamente dejas de darte cuenta de cómo van cambiando las necesidades de las personas.

Las trabajadoras del SAD

Sobre el colectivo diría que, si tenemos en cuenta que el 99% de las trabajadoras del SAD son mujeres de mediana edad y un elevado porcentaje con cargas familiares, tenemos la sopa ideal para un trabajo duro, mal remunerado y poco reconocido.

Su regulación ha ido dando bandazos y no acaba de consolidarse aunque constantemente se anuncia que van a darse pasos en ese sentido.

Por otra parte, considero personalmente que la formación que se imparte es irregular, la mayor parte de las veces insuficiente y superficial. No entiendo que un trabajo tan duro físicamente no incluya la educación física en su curriculum cuando es tan importante para la salud de las trabajadoras. No creo que una charla sobre ergonomía sea suficiente, y es lo que hay.

Por otro lado el abanico de funciones que realizamos está lleno de ambiguos límites lo que hace que mientras en algunos sitios nos confunden con enfermeras en otros nos confundan con "empleadas del hogar".

Para terminar diré que, pese a todo, es muy gratificante ver como puedes mejorar la calidad de vida de muchas personas, como puedes cambiar la soledad por compañía, la dejadez por el aspecto físico por la ilusión de sentirse más guapa, borrar un "nadie se preocupa por mí", ayudar a las familias a preparar el tránsito de un ser querido, apoyar a aquel cuidador o cuidadora que necesita que le cuiden...; tantas pequeñas cosas que vas dejando día a día que al final **UNA SE ALEGRA DE SER ÚTIL**



A propósito de kate MILLET

Pilar V. de Foronda

Escultora

www.foronda.es

No sé muy bien cómo. No se muy bien por qué. Este escrito es para pensar y compartir sobre ello.

El lunes de Semana Santa recibí un email de Elvira Siurana en el que se me pedía colaboración para pasar la tarde con Kate Millet. Lo consideré un regalo. He aprendido a honrar a las madres del feminismo. He aprendido que sin el trabajo de todas las anteriores no podríamos haber logrado tantos cambios en tan poco tiempo. Y también he aprendido que sin el trabajo de todas no podremos seguir consiguiendo cambios. Para mí ese email fue un regalo y así lo viví.

Llegué a recogerla al Entredós a las cinco de la tarde con Ernestina Coello, la Presidenta de la FEPAMUC-GU. Llegamos al Entredós y allí estaba Kate fumando su cigarrillo con Silvia y Elena, que estaban encantadas de que respondiera a su llamada. Yo no entendía nada, pero pensé para mí "carpe diem" y decidí aprovechar el momento. Kate quería ir de exposiciones, pensamos en Maruja Mallo, pero la Academia cierra a las cinco, de modo que nos fuimos hacia el Caixa Forum a ver a Barceló. Para quien no lo sepa, Kate está mayor, tiene 75 años, es una fumadora empedernida y camina con dificultad. De modo que organizamos un operativo con las chicas de la Eskalera Karakola e íbamos cogiendo y dejando a Kate todo lo cerca que se podía y mientras yo me iba a aparcar el coche, ellas iban ayudándola en lo que se dejaba. Es autónoma y cabezota. Disfruté compartiendo la obra de Barceló con Kate. Disfruté viéndola disfrutar. Fue una mezcla absolutamente hermosa para mí. Éramos un grupo extraño, como una procesión. Una estudiante mexicana de Deusto que pasaba por Madrid se nos unió, las chicas de la Eskalera, Ernestina, Paloma, Kate y yo. Allí había mujeres de los 25 a los 75 años en un ataque de solidaridad cotidiano absolutamente hermoso. Al salir del Caixa Forum (para fumar un cigarrillo) tomamos rumbo al jardín tropical de Atocha. Kate quiso escuchar la música de un inmigrante en la puerta del Caixa Forum, bailamos. Éramos un grupo lleno de vida y sororidad. En Atocha, Kate se tomó un provolone con tomate y las demás, torrijas y cafés. Merendamos y hablamos de las mujeres

en India, en Pakistán, de los osos panda que los Japoneses regalan a los Chinos para reparar los daños infligidos a las mujeres en la guerra, de Hilary Clinton, de cómo ayuda a las mujeres de Ciudad Juárez. Eran conversaciones cruzadas de mujeres que iban y venían, entre el cuidado hacia Kate.

La llevamos a su hotel y nos volvimos a casa con sensación de irrealidad y ahí comenzamos a pensar como había sucedido. Nos contaron a lo largo de la tarde que estaba en el Hotel sola y sin dinero. Que no sabían cómo había pasado. Algo parecido a la indignación comenzó a calar dentro de nosotras. Habíamos quedado que el viernes también nos haríamos cargo de ella. Y nos dimos cuenta que no era cosa de un ratito, que era realmente, cuidar de ella. En el momento en que las chicas de Karakola se van, yo me siento absolutamente responsable del bienestar de Kate y me pregunto cómo es posible que eso haya sucedido. Pienso que algo está mal en todo esto, pero no termino de entender que es lo que está mal.

El jueves leo a través de Facebook un artículo de Alicia Puleo donde ella cuenta lo bien que el feminismo homenajea a sus mujeres, y me doy cuenta de que no es así, de que algo está mal aquí, pero que yo sigo sin saber qué es.

Pero... sigo con mi política de disfrutar el momento. El jueves confirmo con un par de llamadas que el viernes yo me hago cargo y me la traigo a conocer a las mujeres de Guadalajara. Y así hacemos. El viernes de Semana Santa recogemos a Kate Millet a las once en el hotel, Nieves, la presidenta de la Asociación de mujeres de Guadalajara y yo. Me veo peinando a Kate Millet y ayudándole a hacerse la coleta. No me lo puedo creer y, sin embargo, me encanta la sensación de cotidianidad como si esto siempre fuera así. La sensación de "esto lo hacemos todos los días". Por el camino le vamos explicando como son los comportamientos de las mujeres de nuestra zona, hablamos del paisaje, disfrutamos el camino. Al llegar a Guadalajara capital la llevamos a ver el Panteón de la Duquesa de Sevillano, el Palacio del Infantado, le explicamos lo poderosa que era M^a Diega Desmasières en su momento y cómo se la ha borrado de la historia. Delante de la escultura hablamos del Cardenal Mendoza y de los hombres poderosos. Cómo a ellos no se les olvida y cómo se les hacen monumentos. Kate concluye diciéndonos "Boys will be boys". Pasamos a hablar de lo fino que es el bronce, de cómo se funde. Que en EEUU solo hay cuatro monumentos levanta-

dos por mujeres. Uno de ellos firmado por Kate Millet. Yo no hago más que pensar cómo es posible que mi vida se haya mezclado con la de Kate. Ella me mira a los ojos y me dice que tengo que hacerle una escultura a M^a Diega. Yo pienso para mí que ya me gustaría.

Cuando íbamos hacia casa, según entramos en el término municipal hay un molino de viento a mano izquierda, según lo vio dijo: "¡un molino de viento, como en casa!". Yo estaba contenta, no las tenía todas conmigo pero la cosa empezaba a pintar bien. Por el camino íbamos hablando de los campos de cebada, el picadero de caballos y los viveros. Mencionó las forsitias de su casa y le dije que en mi patio había tres.

Cuando llegamos a casa no quiso pasar, fue directamente al patio, donde estuvimos hablando de los narcisos, los jacintos y todas las plantas del jardín, los perros andaban sueltos y yo temía que Kate recibiera un empujón pero ella estaba pletórica. La cocker, Shiva, y ella se cayeron bien. Luego nos contaría que era su perro favorito. Se sentó en el sillón más redondo y encendió un cigarro, ni la interesaba entrar en casa ni la interesaba comer, estaba bien allí y nos lo hizo saber.

Llegaron amigas y amigos de Madrid, Nieves y Ernestina, el marido de Ernestina, Teo de Guadalajara, Paloma, ... éramos un grupo extraño como el día anterior, pero reinaba la armonía. La mesa se llenó sola, pude comprobar que mi red de amigas me sostenía. Todo estaba organizado sin que yo hubiera tenido que intervenir. Eso me hizo sentir fenómeno.

Finalmente Kate, como cualquier matriarca que se precie, entró en casa. Según vio la mesa se le iluminaron los ojos y nos dijo que era su primera fiesta real en una casa real en España.

Disfruta comiendo, el vino le encanta y con suma tranquilidad mientras hace sus comentarios, terminamos la comida. Vamos a ver la plaza del ayuntamiento, donde se encuentra mi escultura y las fuentes que diseñé. La tarde es preciosa y la conversación también. Nos deleitamos con el momento y Kate comenta la otra vez que estuvo en España, alrededor de los años 70, fue un viaje muy frenético, que parecía un viaje de trabajo, con constantes reuniones y cambios de lugar, pero no había sentido como se vivía realmente. No es de extrañar, Franco vivía y por lo que nos contó más de un día corrió delante de los grises.

Visitamos la Iglesia de Santa Micaela y le entusiasmó. Le expliqué cómo siento que Micaela había eclipsado la obra de Diega Desmasières y ella me hizo una metáfora con los jardines del entorno, donde habían podado los rosales y quedaban los nudos grandes sujetos a la reja. La conclusión venía a ser que así como la jardinería siempre es jardinería y, a pesar de la poda, siempre queda rosal para seguir creciendo, las mujeres siempre son mujeres independientemente de que seamos monjas o se-

glares, y que la energía siempre permanece y continua.

Después quería ver una procesión, estaban yendo los nazarenos a sus lugares de encuentro con el capirote debajo del brazo, alucinaba viéndolos pasar. Nos dijeron que hasta las 9 no empezaba la procesión, que mientras tanto se iban reuniendo, así que decidimos poner rumbo a Madrid y allí me la llevé, con José, mi marido, y mi hijo pequeño, Carlos. Al llegar al hotel volví a ayudarle a peinarse con la misma sensación de irrealidad que tuve por la mañana. Pensé que ya iba a querer retirarse, pero nos propuso un restaurante en la Gran Vía para tomar pescado y el último vino blanco antes de irse de España. Allí se nos unió Alex que tenía un gran interés en verla. Cenamos y hablamos por última vez, y después de un paseo por Gran Vía, al llegar al hotel me pidió que la acompañara a su habitación. Me explicó como le había gustado ese hotel en el centro de la ciudad, con esa terraza que daba sobre el parking. Como había visto al barrendero limpiar la ciudad con mimo y cariño. Que eso en NY es imposible de ver. Se sentía feliz y eso me hizo sentir bien. Allí nos despedimos, prometiendo estar en contacto para el futuro. Nos volvimos a Guadalajara llevando en la retina la imagen de mi hijo de ocho años abrazando a Kate y ella devolviéndole el abrazo, diciéndole que jugara a ser detective, que investigara por su habitación. Y a todas esas mujeres diciéndole lo fantástico que era conocerla porque en la universidad la habían leído, lo importante que era que ella estuviera un ratito en sus vidas.

Toda esta experiencia de mi particular Semana Santa quería compartirla con vosotras para que me ayudéis a comprender como pasó. Como puede ser que Kate Millet se encuentre en España sin compañía, y como puede ser que en la conferencia no todas cupiéramos en la sala porque la sala era pequeña.

Me he tomado un tiempo de reflexión para enviaros este escrito. Creo que por dos motivos. El primero porque es algo que pertenece a mi intimidad y me cuesta hacerlo público. Me gusta que mi cotidianeidad me pertenezca a mí. Y el segundo que no quiero que sirva de herramienta para aquellos que les gustan las rupturas y los errores dentro del movimiento feminista. No quiero que sirva para estropear ni destruir nada. Quiero que sirva para abrir un espacio de reflexión que nos ayude a ver en qué fallamos cuando llega el momento de la sororidad y el cuidado. Y quiero que sirva para construir y evitar que nos vuelva a suceder. Si no fuera así, solo sería una batallita a contar delante de una caña, pero creo que no es así, creo que es algo de trascendencia suficiente como para que sea una necesidad compartirlo. De corazón, un abrazo sórorico para quien lea.

(extraído del blog de Ángeles Álvarez
<http://angelesalvarez.com> 2010/03/28)





una comunidad de cuidados

Anna Freixas Farré

Psicóloga y Profesora de la
Universidad de Córdoba
afreixas@uco.es



El escrito de Pilar Foronda —cuando su vida se cruzó con la de Kate Millet, sin comerlo ni beberlo— me sugiere algunos temas que la mayoría de las mujeres tenemos ahí, como pendientes.

Las mujeres ‘carecemos de una herencia cultural’ que nos permita deambular por la edad mayor con la seguridad de quien tiene —o cree tener— garantizado el cuidado, la mirada. Asunto en sí mismo paradójico si tenemos en cuenta que cuando llegamos a la vejez hemos pasado la mayor parte de nuestra vida empleadas en cuidar, de manera más o menos voluntaria. Depende. Cuidar es una actividad crucial en el desarrollo humano, nos configura como seres emocionales, empáticos, sensibles a las necesidades de nuestros congéneres. Las actividades de cuidado incluyen todo lo que hacemos para preservar la vida y el bienestar: los cuerpos, las almas y el entorno. Es decir, todo lo que permite sostener la vida sobre la tierra y convertirnos en seres humanos completos.

Cuidar no es tarea fácil. Produce satisfacción y paz interior, pero cuesta esfuerzo, exige renunciadas; genera contradicciones internas y con ellas sentimientos de culpa y frustración;

también produce ira. No se puede cuidar de cualquier manera. En sí mismo el cuidado requiere atención, calidez; exige asumir voluntariamente una responsabilidad sobre el bienestar de otra persona y, por lo tanto, resulta imprescindible poner en marcha las acciones necesarias para ello, con eficacia. La ética del cuidado, de la que hablaba Carol Gilligan, supone una virtud moral que va más allá de asumir una simple responsabilidad, como una obligación o una rutina. Implica un compromiso personal, interior y libre, sobre el bienestar de otras personas, una obligación hacia los otros, como un deber sagrado, diría Simone Weil.

Sabemos que el asunto de los cuidados mutuos es un tema pendiente, en esta construcción inventada de la vida en la que estamos inmersas, desde que abandonamos el convento o el hogar, para ser mujeres. No un tema menor, por cierto. Podemos ver el cuidado como una oportunidad ética y afectiva que muchas mujeres asumen más allá del estrés y del deber, en la que se entremezclan sentimientos como la necesidad de protección de la dignidad del ser querido, el acompañamiento, el deseo de ayudarlo a mantener un sentido de sí que protege su integridad. Por otra parte, la experiencia de cuidar a nuestros seres queridos supone una oportunidad para el intercambio afectivo, para el perdón, para la compasión, y conlleva una interesante y necesaria reflexión sobre las relaciones en la interdependencia.

Desde siempre —cuando descubrimos las mieles de la sororidad— hemos fantaseado con la vejez en compañía de nuestras iguales —nuestras ‘hermanas’, nuestras amigas—, algo difícil de concretar dados los numerosos hilos que nos enredan a otras vidas, demandantes siempre. Cuando nos vamos haciendo mayores a veces nos pillamos pensando en lo bueno que sería disponer de una red de cuidados mutuos. Este es uno de los sueños colectivos más



compartidos por las mujeres de los últimos tiempos, que, ante la perspectiva que se nos avecina, hemos imaginado un futuro en compañía de otras, compartiendo espacios comunes y beneficios de intendencia, preservando, eso sí, nuestra intimidad y libertad.

Hay experiencias más o menos exitosas al respecto, desde las comunas de los años setenta del siglo pasado, a las ingeniosas ecoaldeas que proyectan las mujeres feministas de Palma, o la opción de vivir en un mismo barrio —cuya cercanía facilita el contacto cotidiano y, en caso de necesidad, el cuidado— que hemos ido organizando las amigas de Córdoba, y también otros proyectos inconclusos o en vías de concreción. Pero el legado —marcado por la diversidad, como es natural en nuestras enmarañadas vidas— está aún por escribir, o al menos por redactar en sus diversos ángulos de complejidad.

Tenemos algunos aprendizajes pendientes para la práctica de la relación del cuidado. Sabemos cómo cuidar, pero nos queda aún aprender a pedir en los tiempos en que lo necesitamos, aceptar con cierta humildad que no estamos en nuestro mejor momento y que las manos diligentes de nuestras amigas son un alivio necesario. No caer todas en tromba, saber organizar los tiempos y las necesidades diversas. Respetar el silencio, el espacio, la intimidad. Desdramatizar, reír, sonreír, bromear.

Por otra parte, quizás también debamos aprender a superar el mandato del cuidado como un deber que nos lleva a otorgarlo a troche y moche, atenciones en las que de nuevo regalamos nuestro preciado y escaso tiempo, en las que nos perdemos. Disponer de la libertad interior de elegir a quién deseamos otorgar nuestros tiempos y cuidados —como en el caso de Pilar Foronda y Kate Millet—, a nuestras mayores, a nuestras figuras de autoridad, como un acto de reconocimiento en una genealogía de miradas que no nos vacían, sino que suponen un plus para nuestras vidas, un tiempo entregado que se torna un regalo.

Y ahí nos estamos ya adentrando en una acepción diferente del concepto de cuidado: la preocupación compartida, mutua, no reglada por mandatos sociales, sino por imperativos éticos. En ella nos sentimos partícipes de una comunidad de cuidados que nos hace sentir que ocupamos un lugar físico y emocional que nos sostiene a través de los tiempos, los cambios y las vicisitudes, y nos recuerda que tenemos un 'sitio' en las relaciones vitales. Podemos plantearnos el significado profundo de este toma y daca como una experiencia de amor y afecto, desde un nuevo modelo de relación que puede transformarnos y darnos una proyección hacia el futuro. Modelos no hablados hasta hoy, pero que forzosamente deberemos poner en evidencia, mostrar, para poner en valor el inmenso trabajo de las mujeres en el cuidado.



Vita Arrufat Gallén

Médica de Medicina Preventiva y Salud Pública

Asociación de Daño Cerebral Adquirido
arrufat_vit@gva.es

¿qué es el daño cerebral adquirido?

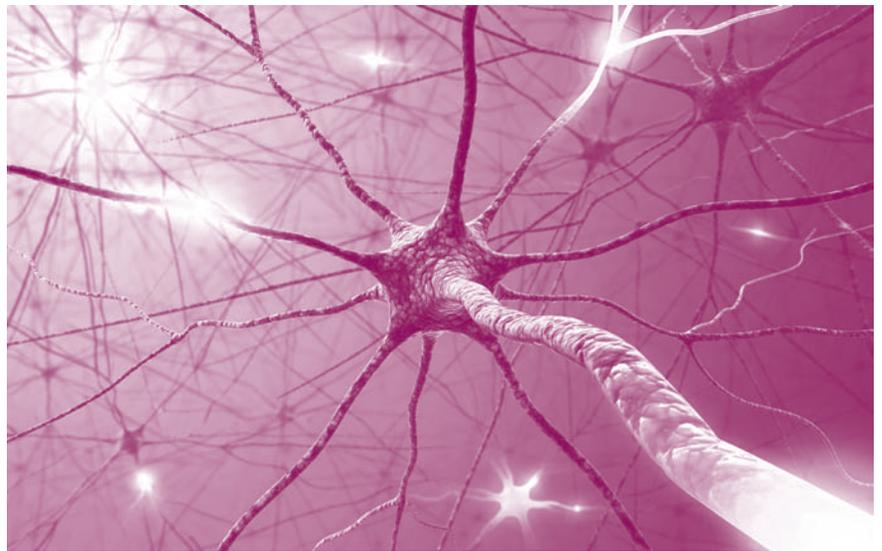
Como explicó en el I Congreso de DCA en la Comunidad Valenciana el Dr. Jesús de Pedro, el daño cerebral adquirido (DCA) en nuestras sociedades es un estado de salud por lesión crónica del Sistema nervioso central, resultante de procesos vasculares, traumáticos, tumorales, etc. fundamentalmente agudos y del proceso de degeneración y regeneración posterior en contexto psicosocial. Por su impacto en esperanza de vida libre de discapacidad es más relevante en personas que lo adquieren antes de los 50 años.

Me gustaría con este texto, continuar con la creación de espacios donde las personas con DCA puedan trabajar, amar y desarrollarse como personas que son, y dar un paso más por la integración social. Son las dificultades que la sociedad no resuelve lo que las discapacita. Las personas afectadas, ellos y ellas, tienen características diferentes pero no se sienten inferiores, ni lo son, aunque tengan dificultades, a veces importantes, para algunas tareas de la vida cotidiana, consecuencia de la pérdida de alguna función cerebral y/o de las secuelas corporales.

El Daño Cerebral Adquirido es el paradigma de la atención a la dependencia. La demanda de cuidados para las personas afectadas de DCA y sus familias se ha venido incrementando de forma

crónica del II congreso de daño cerebral adquirido

“Desde el déficit hacia la participación social”
(castellón octubre 2010)



notable en los últimos años, y va a seguir aumentando durante las próximas décadas como consecuencia de varios: el envejecimiento de la población, la disminución de la tasa de natalidad, la incorporación de las mujeres al trabajo productivo, el creciente número de personas que sobreviven, gracias a los avances médicos y tecnológicos, a graves accidentes de tráfico, laborales o deportivos, o a enfermedades cerebrales, y quedan con graves secuelas.

En los estudios sobre las enfermedades crónicas se destaca el DCA como la primera causa de enfermedad en Europa, y que requiere para su atención la integración de los cuidados: la coordinación entre profesionales, proveedores e instituciones, acompañado de la necesaria participación de la familia. Hemos

de tener en cuenta que durante el siglo XX, familia y cuidadores informales han sido casi los únicos recursos disponibles para los cuidados a enfermos crónicos.

diagnóstico y recuperación

El cerebro es plástico, sigue haciendo conexiones neuronales antes y después de la lesión producida por el daño cerebral, según explicó el doctor Alvaro Pascual Leone, citando a Rita Levi Montalcini, descubridora en 1976 el Factor de Crecimiento Neuronal. Las consecuencias del daño cerebral no manifiestan la falta de actividad de las zonas dañadas en el cerebro, sino la capacidad del resto del sistema nervioso de adaptarse a la lesión. Las consecuencias del daño cerebral son pues manifestación de la

plasticidad cerebral. La plasticidad cerebral es la capacidad intrínseca del sistema nervioso de modificarse a lo largo de toda nuestra vida para adaptarse a cambios internos en el organismo o externos en el medio ambiente. La plasticidad cerebral representa la invención evolutiva para que el sistema nervioso se sobreponga a las limitaciones del genoma y se adapte a un mundo cambiante.

Las técnicas de diagnóstico y de Neurorehabilitación no invasivas se presentan como las mejor adaptadas para realizar los diagnósticos precisos y la rehabilitación del DCA.

Incidencia

Los ingresos urgentes hospitalarios por DCA anuales de residentes en la provincia de Castelló ocurren en 2 de cada 10.000 hombres y 1 de cada 10.000 mujeres menores de 50 años. La cifra se obtiene del CMBD (conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria) de los hospitales de la Comunidad Valenciana utilizando la CIE IX, e incluye como diagnósticos más relevantes: traumatismos craneoencefálicos, ictus, hemorragias cerebrales, tumores cerebrales, secuelas de infecciones, abuso de tóxicos. Esta cifra la podemos extrapolar para la Comunidad Valenciana y el Estado Español, mientras no tengamos estudios epidemiológicos del CMBD de los hospitales del Estado por Comunidades Autónomas.

Estudios posteriores han evidenciado el descenso de lesiones cerebrales por Traumatismo Craneoencefálico TCE, dada la disminución de los accidentes de tráfico. No ocurre así con los accidentes laborales o deportivos que van al alza. Martha Quezada cuenta como aumentan las personas con discapacidades en la Comunidad Valenciana por secuelas del daño cerebral. Estos datos confirman que los grupos de edad y sexo mayoritarios afectados por la incidencia y prevalencia de DCA son los

adultos varones en el caso de TCE y las mujeres mayores de 65 años por la enfermedad cerebrovascular.

Por Ana García Altes hemos conocido que en España se producen 20.000 casos nuevos de traumatismo craneoencefálico (TCE) al año, lo que significa una incidencia anual de 477,8 casos por cada millón de habitantes. Los costes directos derivados de los cuales oscilan entre los dos y los siete millones de euros, absorbiendo los costes indirectos más del 90% de este presupuesto. Entre estos costes directos, destacan los costes de atención especializada y los costes de adaptación.

Recursos de atención y cuidado

en el Congreso se explicó que la mejor forma de atender a las personas con daño cerebral adquirido, es disponer de un sistema socio-sanitario público, que contemple tanto la atención como la realización de las medidas preventivas específicas para los diferentes grupos de riesgo y la prevención poblacional, así como dar a conocer los factores determinantes del DCA y disponer de recursos económicos y humanos para su abordaje.

Los recursos para la atención pública a las personas con secuelas del daño cerebral y las familias requieren:

- **Intersectorialidad:** La coordinación de distintos departamentos: Educación, Cultura y Deporte adaptado, Sanidad, Bienestar Social, Administración de Justicia y Gobernación
- **Multidisciplinariedad:** La intervención de equipos formados por profesionales de distintas especialidades: Neurología, Neurocirugía, Neurorehabilitación, Psiquiatría, Medicina Interna, Medicina Familiar, Fisiología, Enfermería especializada, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Logopedia, Trabajo social, etc.

Las mujeres somos las cuidadoras más habituales de las personas con daño cerebral y de las personas con dependencia. Las mujeres son las beneficiarias de la Ley de atención a la autonomía personal y prevención de la dependencia, como cuidadoras, pero los servicios ofertados y la remuneración es insuficiente además de necesitar la formación de las/os cuidadoras/es. Especial déficit supone la escasa existencia de programas de empleo protegido y de empresas tuteladas.

Técnicas de integración social, como el desarrollo de habilidades sociales y artísticas se muestran necesarias para desarrollar en las asociaciones de familiares con DCA. Los grupos de autoapoyo para cuidadoras/es, terapia ocupacional, talleres de cerámica, musicoterapia y talleres de pintura son algunos ejemplos.

Lograr más recursos para la atención socio-sanitaria y educativa del colectivo de personas con DCA y sus familiares, se plantea como necesario para conseguir una mayor "Esperanza de vida en buena salud". Además se requiere una mayor coordinación e implicación en la participación comunitaria de los sectores de cultura, educación, sanidad, bienestar social, trabajo y medio ambiente.

Bibliografía

- Link pg del Congreso http://www.fue.uji.es/jornadas/verevento.shtm?no_exp=EX090425&seccion=1
- Marta Allué (éds), Discapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia. Bellaterra, Barcelona, 2003.
- Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Ellen Nolte, Martin Mckee. European Observatory on health systems and policies Series. Open University Press. McGraw-Hill Education. First published 2008.
- Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. Reinhard Busse, Miriam Blümel, David Scheller-Kreinsen, Annette Zentner. Observatory studies Series nº20 European observatory on health Systems and policies. WHO 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies



Lucía Artazcoz
Agència de Salut Pública
de Barcelona
lartazco@aspb.cat

Mayor impacto de La crisis económica sobre La salud de Las mujeres

Existe una gran preocupación por el impacto de la crisis económica actual sobre la salud pública. A continuación aporto algunos elementos para la reflexión sobre este tema basadas en las experiencias de crisis económicas anteriores. Debido a las limitaciones de espacio, no trataré el problema que pueden suponer los recortes en la asistencia sanitaria en España.

El efecto de los ciclos económicos sobre la salud es aparentemente paradójico: Globalmente la mortalidad aumenta en periodos de expansión económica y disminuye en los de recesión. Algunas de las razones que explican la mayor mortalidad en las épocas de bonanza económica son el aumento del tiempo dedicado al trabajo remunerado, el estrés, el sedentarismo en el tiempo libre, el insuficiente número de horas de sueño, las dietas más insaludables, el aumento del consumo de tabaco y de alcohol y el aumento de la contaminación atmosférica (producción industrial y tráfico) con mayor impacto en las poblaciones vulnerables. Por el contrario, en los periodos de recesión aumenta el tiempo libre y la posibilidad de dedicar tiempo a actividades saludables como estar con las amistades, con la familia o hacer ejercicio físico. La reducción del tiempo de trabajo supone también una disminución de la exposición a riesgos laborales y la reducción de ingresos suele acompañarse de un menor consumo de tabaco y de dietas con menos calorías.

Sin embargo, durante las crisis económicas aumentan los problemas de salud mental, los intentos de suicidio, la mortalidad por suicidios, los problemas relacionados con el abuso de alcohol, los conflictos y los problemas con las familias. Además, el impacto es superior en las personas en situación más desfavorecida, de manera que se incrementan las desigualdades sociales en la salud.

paro y salud mental

Desde el punto de vista de la salud pública, uno de los problemas más preocupantes de la crisis económica actual es el aumento del paro. Numerosos estudios documentan que perder el trabajo se asocia con problemas de salud mental y con un aumento del riesgo de suicidio. También se ha señalado, que la percepción de prestaciones económicas de desempleo reduce o incluso elimina el efecto negativo del paro sobre la salud mental en casi todos los colectivos. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que el impacto de perder el empleo sobre la vida de las personas depende de las dificultades para encontrar uno nuevo que vienen determinadas por el contexto económico del país, pero también por situaciones desfavorecidas relacionadas con la clase social, el género o el país de procedencia – habitualmente los trabajadores de clases más desaventajadas, las mujeres y las personas inmigradas tienen más dificultades para encontrar

empleo - y por la duración de la situación de desempleo. Es importante señalar que para recuperar la salud perdida no sirve encontrar cualquier empleo, sino que se ha documentado que la mejora en la salud relacionada con el retorno al mercado laboral se asocia a tener un empleo de calidad.

Además del impacto sobre la salud, perder el empleo puede suponer una crisis en la vida familiar y alterar las relaciones intrafamiliares. Las razones son varias: la reducción de los ingresos, la pérdida de autoconfianza y de una vida cotidiana organizada, entre otras. Por otro lado, supone el alejamiento de relaciones sociales ligadas al empleo. Se trata de un fracaso en las relaciones que, como tal, está en el ámbito de la exclusión social. Se ha documentado que las personas que creen que han perdido su trabajo o los ingresos por razones que no tienen que ver con su productividad se sienten frustradas y, con frecuencia, esta frustración se afronta aumentando el consumo de alcohol o con conductas violentas contra aquellos a los que culpan de su situación. Algunos investigadores han atribuido a este binomio frustración-agresión los relativamente altos niveles de violencia entre las personas que han quedado desempleadas.

Finalmente, el desempleo puede contribuir a aumentar las desigualdades de clase, de género y las relacionadas con la raza o la etnia. Las personas con más



Las situaciones de vulnerabilidad

Durante la crisis actual podrían estar aumentando las situaciones de explotación en un contexto de dificultades de empleabilidad y alto endeudamiento de las familias ligado al boom inmobiliario. Las personas en situación de vulnerabilidad económica cuando tienen un empleo pueden verse obligadas a aceptar duras condiciones de trabajo como largas jornadas y salarios bajos, que aceptan por necesidades económicas o miedo a perder el trabajo como es el caso de muchas mujeres responsables de hogares monomarentales o de personas sustentadoras principales del hogar en familias con dificultades económicas. Entre las mujeres menos cualificadas, que habitualmente tienen muy poco poder para negociar sus condiciones de trabajo con los empleadores y muchas dificultades para encontrar empleo, hay indicios de que podría estar sucediendo lo mismo.

Como se ha mencionado antes, la crisis puede tener un mayor impacto sobre la salud de las mujeres por varias razones. Con la quinta parte de la población activa española en paro, existe el riesgo de que reaparezcan con más fuerza conceptos sexistas de preferencia de conservación del trabajo por parte de los hombres, mientras las mujeres quedan relegadas a la esfera doméstica y familiar. Por otro lado, podría aumentar el abandono del mercado laboral por parte de las mujeres ya que suelen aceptar con menos

nivel de estudios tienen una menor probabilidad de perder el trabajo y ahorros económicos que actúan como “cojín”, de manera que ellas pueden ser las más beneficiadas por el impacto positivo global que se mencionaba antes en relación con la mortalidad. Cuando los empleos son escasos, los grupos más afectados son las minorías como las personas inmigradas y puede asociarse con un mayor racismo. Las divisiones de género pueden también aumentar cuando las tasas de paro son altas. En estas situaciones, cuando las mujeres pierden el trabajo remunerado, ante las dificultades para conseguir otro, pueden decidir abandonar definitivamente el mercado laboral.

incertidumbre Laboral

La crisis no sólo ha supuesto un incremento espectacular del número de personas en paro sino que también ha aumentado la incertidumbre sobre el futuro

laboral entre las personas ocupadas. Se ha descrito que en los expedientes de regulación de empleo no sólo sufren las personas que pierden su trabajo, sino también las que continúan trabajando. Entre estas se ha observado un incremento de trastornos ansioso-depresivos relacionados con la incertidumbre sobre el futuro laboral, el aumento de conflictos entre compañeros y compañeras y el incremento del volumen de trabajo al reducirse habitualmente más la mano de obra que las exigencias del trabajo.

En los últimos meses se ha reducido el absentismo laboral pero aunque en algunos casos esto ha sido interpretado como una consecuencia positiva de la crisis, la lectura no es tan simple. En muchos casos, personas con enfermedades crónicas pueden ir a trabajar aun estando enfermas y eso empeoraría su salud. Este fenómeno, muy conocido entre las personas asalariadas con contratos temporales, es conocido como presentismo.

frecuencia puestos de trabajo alejados de su hogar, por lo que con las dificultades de empleabilidad actuales podrían quedar definitivamente excluidas del mercado de trabajo. Los problemas económicos de los gobiernos pueden llevar a reducir los presupuestos dedicados a políticas sociales, por ejemplo, a la Ley de autonomía personal y dependencia, lo que tendrá más impacto en la salud de las mujeres que deberán aumentar su trabajo como cuidadoras. Finalmente, ante la disminución de los ingresos, es probable que las familias reduzcan el presupuesto dedicado a la contratación de recursos para el trabajo doméstico o para el cuidado de las personas dependientes, trabajo que recaerá en las mujeres.

Reflexiones finales

Uno de los problemas más graves de la crisis actual es que el control del mercado laboral ya no está en los gobiernos sino que ha pasado a las grandes multinacionales y las entidades financieras. El objetivo fundamental de estas instituciones es el beneficio económico, habitualmente distribuido de manera muy desigual, no el bienestar de las personas ni el desarrollo social. Así, con el fin de maximizar estos beneficios se deslocalizan empresas a países en desarrollo con menos exigencias de protección social o ambiental y se incrementa en los países desarrollados la percepción de inestabilidad laboral, el paro y el miedo a la pérdida del trabajo, la aceptación de peores condiciones de trabajo como la con-



gelación o la reducción de los salarios para mantener el empleo y los cambios geográficos o de puesto de trabajo no deseados. Es decir, se mejoran los indicadores económicos que tanto preocupan en la actualidad a gobiernos e instituciones económicas a costa de la salud y el bienestar de la mayoría de las personas.

La mayor parte de las soluciones a los problemas de salud derivados de la crisis económica están fuera del sistema sanitario. Los profesionales sanitarios que atienden a personas con problemas de salud relacionados con la crisis hacen recomendaciones generales como adoptar conductas saludables o buscar apoyo social, pero lo prioritario es reducir el paro y no a costa de políticas que dañen la salud de la población trabajadora. Los sueldos bajos, la precariedad laboral, la excesiva presión del trabajo, la temporalidad o la incertidumbre laboral, que se barajan en medidas contra la crisis que se discuten en la actualidad, tienen un impacto negativo sobre la salud.

Es también importante desarrollar programas activos de ocupación sobre todo para aquellas personas con más riesgo de exclusión social como las menos cualificadas o las paradas de larga duración, así como incrementar los recursos públicos para el cuidado de las personas dependientes - escuelas infantiles, centros de día, atención domiciliaria, residencias para personas mayores... - , cosa que puede crear puestos de trabajo y evitar que las mujeres que han perdido su empleo abandonen definitivamente el mercado laboral por la dificultad de compaginar vida laboral y familiar con la búsqueda de empleo. No hay que olvidar el riesgo de que vuelvan conceptos sexistas sobre el mercado laboral que, ante las dificultades de empleabilidad y debido a la división sexual del trabajo, prioricen el trabajo remunerado para los hombres. La evidencia del impacto positivo de trabajo remunerado sobre la salud de las mujeres es contundente.