

## **PANDEMIA Y POLÍTICAS DE SALUD I CUIDADO.<sup>1</sup>**

**Vicenta Tasa Fuster**, profesora de Derecho Constitucional (Universidad de Valencia)

### **Resumen**

A causa del escaso y tardío desarrollo del estado del bienestar en España, las políticas públicas de familia y de atención a las personas que necesitan cuidados específicos, han tenido un pobre desarrollo en nuestro país. En el presente siglo ha habido algunos intentos de cambiar esta realidad; sin embargo, en general, no han alterado la carga de trabajo familiar en la atención a las personas que necesitan cuidados específicos. El objeto de esta comunicación es analizar el desarrollo legislativo en el ámbito de la sanidad y de las políticas del cuidado, que entendemos interrelacionadas, en lo referente al apoyo al bienestar de las familias, de las personas discapacitadas y de todas aquellas personas que necesitan de cuidados.

**Palabras clave:** familia, política sanitaria, mujer, cuidado, bienestar.

### **Abstract**

Because of the scarce and delayed development of the welfare state in Spain, public policies of family and care for people who need specific works, have had a poor development. In the present century there have been some attempts to change this reality; however, in general, they have not altered the family workload in the care of people who need specific works. The purpose of this communication is to analyze the legislative development in the area of health and care policies, which we understand to be interrelated, in terms of supporting the welfare of families, disabled people and all those people who need care.

**Keywords:** family, health policy, women, care, welfare.

**SUMARIO.- I. INTRODUCCIÓN.- II. LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SALUD EN LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA.- III. CUIDADO Y POLÍTICA SANITARIA.- IV. FAMILIA, SALUD Y CUIDADO.- V. CONSIDERACIONES FINALES. VII. BIBLIOGRAFÍA CITADA.-**

---

<sup>1</sup> Este trabajo se ha realizado en el marco de los proyectos de investigación Sostenibilidad y competitividad urbanas en un contexto global. El área metropolitana de Valencia (CSO2013-46863-C3-1-R) y Estructura social, encuestas y elecciones (CSO2013-43054-R) financiados por la convocatoria 2013-Proyectos I+D+I-Programa estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación orientada a los retos de la Sociedad del Ministerio de Economía y Competitividad.

## I. INTRODUCCIÓN

España es uno de los países con más baja natalidad del mundo, con un porcentaje de población cada vez más envejecida, con unos niveles de integración laboral y de ocupación de las mujeres inferior a la media europea y de la OCDE, con un desarrollo de modelo de estado de bienestar tardío, mediterráneo, insuficientemente desarrollado y que descansa sobre el esfuerzo de las familias; es decir, basado en el sobreesfuerzo, a menudo no remunerado, de las mujeres (Llanos, 2019).

Las políticas de familia del ciclo antiguo, propias de las sociedades materialistas y en proceso de desarrollo, ponían el acento en el incentivo del número de hijos mediante premios honoríficos y subsidios y pequeñas ventajas para las familias numerosas. Las viejas naciones se creían más fuertes por tener más habitantes, más fuerza de trabajo, más soldados. Y las familias numerosas eran ejemplares por tener muchos hijos. Pero los poderes públicos eran modestos y relativamente pasivos en términos económicos con estas políticas y su compromiso con estas políticas era esencialmente propagandístico. Importaba poco las condiciones de vida de las familias y su futuro social y económico. En la sociedad española estas son las políticas dominantes hasta el final de la dictadura franquista (1976).

Posteriormente, se consolida la transición demográfica iniciada en la década de 1960, se reduce el número de hijos, la mortalidad infantil se reduce hasta convertirse en una de las menores del mundo, y los hijos pasan de ser mera fuerza de trabajo a personas merecedoras de una vida con el mayor nivel de oportunidades posibles y digna. Todo ello, en un momento en el que la mujer se incorpora crecientemente a la vida laboral. Las políticas públicas pasivas y consistentes en subsidios, ayudas directas e indirectas o exenciones fiscales se incrementarán, mientras que se reduce el número de hijos necesarios para ser considerados familia numerosa. Sin embargo, en España no llegan a implementarse políticas activas sistemáticas de apoyo a la familia (Flaquer, 2000 y 2004). El infradesarrollo del estado de bienestar y el peso del trabajo no reconocido de las mujeres en las políticas de complemento a la salud y cuidado lo dificultan estructuralmente.

Las políticas activas de apoyo a la familia en sociedades avanzadas y con sistemas de valores y estructuración postmodernos no pueden seguir descansando en el número de hijos de la familia, sino en la calidad de vida y oportunidades de todos los miembros de las unidades familiares. La conciliación de la vida laboral, de ocio y del hogar; la

distribución equilibrada de tareas y el tiempo de trabajo familiar por los miembros adultos de la familia, guarderías, la disponibilidad de tiempo laboral flexible, el desarrollo de servicios profesionales de sanidad especializada y cuidado son esenciales para el desarrollo de las familias de las sociedades actuales.

En caso contrario, las consecuencias para la salud de los miembros de las familias con peores condiciones socioeconómicas y con menos disponibilidad de tiempo son importantes y, especialmente, para las mujeres. No hay que olvidar que el trabajo profesional remunerado de cuidado lo llevan a cabo las mujeres mayoritariamente (65%); mientras el trabajo no remunerado y no reconocido de cuidado corresponde a mujeres en el 76% de los casos, generalmente de una jornada laboral (OIT, 2016).

No es de extrañar, por tanto, que las mujeres sufran la mayor parte de las enfermedades laborales del sector y que la tipología de las enfermedades de las personas trabajadoras en el cuidado sean distintas en los hombres y las mujeres (Carretero, Garcés y Ródenas, 2015).

Nuestro trabajo se centra en el conocimiento de la regulación legal del derecho universal a la salud desde una perspectiva de género y su concreción en políticas públicas de salud vinculadas de manera específica con el cuidado y las personas cuidadoras tanto en el cuidado remunerado como en el no remunerado o familiar. Porque entendemos que, en las políticas activas de apoyo a la calidad de vida de las familias, tienen más importancias las medidas que dan tiempo y calidad de vida a los miembros de las unidades familiares que las viejas políticas de natalidad y subsidios.

El trabajo se divide en dos partes. En la primera, centraremos la atención en la regulación del derecho a la salud en España, prestando una atención especial a la incorporación de la perspectiva de género en la legislación española sobre salud y de manera especial al artículo 27 de la Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres de 2007. En la segunda, explicaré la singular relación entre personas cuidadoras y salud, y a las limitaciones de las normas legales y las políticas públicas de salud, en relación con las personas que se dedican al cuidado y, en consecuencia, son básicas en el bienestar de las familias.

## **II. LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GENERO EN LA SALUD EN LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA**

Huntington (1991) explicó que el mundo había vivido tres etapas democratizadoras. En la primera (1828-1914), los primeros sistemas representativos y parlamentarios evolucionaron hacia poliarquías masculinas. En la segunda (1945-1958), los sistemas políticos se habrían convertidos en democracias plenas de mujeres y hombres, con un estado de bienestar creciente. En la tercera (1974-1989), las democracias, además de extenderse geográficamente, estarían preocupadas por la calidad democrática y la inclusión de todos los segmentos sociales y culturales de una sociedad. En cierta medida, el derecho a la salud ha seguido una lógica similar, con matices. Durante siglos, incluso en sociedades representativas y de poliarquías masculinas, el derecho a la salud era desigual y no tenía un alcance universal. Con la segunda ola democratizadora, pasa a ser un derecho humano fundamental (art. 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948) y es reconocido en las constituciones contemporáneas de los países democráticos (art. 43 de la Constitución española de 1978). Pero no será hasta la tercera ola democratizadora cuando se abrirá una interpretación particularista y multicultural de la atención sanitaria y, por ende, más eficaz y efectiva.

Es importante detenernos en este aspecto porque en estos momentos nos encontramos transitando del paradigma del derecho a la salud entendido de manera universal y esencialmente uniformista, a una concepción del universalismo pluralista. De una atención sanitaria que apenas tenía en cuenta que las enfermedades y las necesidades médicas podían ser diferentes en función de variables como la clase social, las condiciones de vida, la edad, la cultura o el género. A otra más compleja y personal que debe integrar variables aparentemente no médicas para mejorar la salud particular de las personas y los grupos singulares.

España es un ejemplo de lo que acabo de decir. Tras aprobarse la Constitución, la primera ley que regula la salud y las prestaciones sanitarias es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Se trata de una ley avanzada en aquel momento, que universalizó la atención sanitaria en España y reguló con carácter sistemático el sistema de salud con carácter sistemático y general. La ley únicamente se refiere a la salud particular de las mujeres, cuando afirma la necesidad de vigilar “las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante los períodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora” y añade que se podría acomodar la actividad de las mujeres en esta situación cuando resultase necesario y justificado (art. 21.1.c).

Una década después, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, hará mención indirecta a las mujeres únicamente para garantizar la maternidad y la lactancia en términos similares a la Ley General de Sanidad, si bien desarrolla más minuciosamente algunos aspectos, para proteger el embarazo y el postparto (art. 26). Igualmente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, cuando se refiere a la prestación de atención sanitaria primaria, afirmará, la obligación de la prestación de una atención y unos servicios específicos relativos a la mujer, que, a pesar de la redacción genérica, se entendían en esencia referidos al embarazo y la maternidad (art. 12.f).

Las leyes tienen una concepción esencialmente homogénea del universalismo en la prestación sanitaria. Confunden o asimilan el concepto de igualdad de trato y servicios sanitarios con la uniformidad de las prestaciones y los protocolos sanitarios, al menos en términos teóricos y de normativa básica. Se ignoraba, igualmente, que la igualdad en las prestaciones sólo se consigue teniendo en cuenta la diversidad de realidades que derivan del género y otros aspectos sociales como la clase social, el trabajo, la edad, la cultura o el origen de las personas.

La primera ley estatal española sobre aspectos de salud que incorpora explícitamente el principio de perspectiva de género en su articulado es la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo. En la exposición de motivos de la ley, se afirma que “no se puede desconocer ... que el fenómeno del tabaquismo no se manifiesta de igual manera en hombres y en mujeres ... y es evidente el mayor impacto negativo para la salud de las mujeres”, y por este motivo “se hace necesario contemplar la perspectiva de género en todas y cada una de las estrategias que se desarrollen para el abordaje del tabaquismo”, recordando que “la especial fisiología de las mujeres y los procesos reproductivos les añade unos riesgos específicos”. Mientras en el art. 13 de la ley se establece que todas las medidas sanitarias y políticas públicas para combatir el tabaquismo deberán prestar una atención particular a la perspectiva de género y las desigualdades sociales.

Pero no será hasta el 2007, cuando se afronte de manera más general, detallada y ambiciosa la incorporación de la perspectiva de género a la legislación sobre salud y en las políticas públicas sanitarias y de salud, y se hará, no desde una ley sanitaria o de salud, sino desde una ley de igualdad y más concretamente desde la Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (Sánchez y Sempere, 2008).

En su artículo 27, que lleva por título la Integración del principio de igualdad en la política de salud, y consta de 3 párrafos que tienen como objetivo cambiar las bases de la concepción del principio de igualdad en el conjunto de la política sanitaria española y en la legislación sobre sanidad (Tasa, 2018).

En el primer párrafo establece que la incorporación del principio de igualdad debe de ser generalizado, por ello, todas “las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente”. Se entiende, en consecuencia, que sin la aplicación efectiva de la perspectiva de género y el principio de igualdad en las políticas sanitarias y de salud no es posible conseguir unos servicios sanitarios realmente universales e igualitaristas (art. 27.1).

En el segundo, se especifica que “las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros”. Es decir, las Administraciones públicas deberán tener una posición activa tanto para garantizar el derecho a la igualdad como para remover estereotipos, micromachismos y discriminaciones cotidianas (art. 27.2).

Finalmente, en el tercer párrafo, establecerá una orientación general de las políticas públicas gubernativas en 6 ámbitos específicos de actuación que deberían guiar a todos los ámbitos de gobierno, administraciones públicas y servicios competentes en materia de salud, de acuerdo en todo momento con el principio de igualdad de oportunidades (enunciado del art. 27.3).

En este sentido, considerará, en primer lugar, la promoción específica de la salud de las mujeres, estableciendo de manera sistemática políticas de educación sanitaria dirigidas a las mujeres, que prevengan igualmente su posible discriminación en el sistema de salud (art. 27.3.a). En segundo, el fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, centrando la atención en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales (art. 27.3.b). Siendo este un aspecto especialmente trascendente para mejorar la atención sanitaria realmente igual a mujeres y hombres. En tercero, la consideración,

dentro de la mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo (art. 27.3.c); una regulación destinada específicamente a garantizar la seguridad laboral y la vulneración de derechos que pueden sufrir las mujeres en el ámbito laboral a causa de su condición sexual.

En cuarto lugar, la integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género (art. 27.3.d). Es decir, las políticas públicas sanitarias deberían formar específicamente al personal sanitario para evitar el trato desigual a mujeres y hombres, y hacerlo, además, para combatir más eficazmente la lacra de la violencia de género. En quinto, las políticas sanitarias deben propiciar la presencia equilibrada de mujeres y hombres en los lugares directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud (art. 27.3.e). Y, en sexto y último, siempre que sea posible, las instituciones sanitarias tratarán de hacer posible la obtención y el tratamiento desagregados por sexo de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria (art. 27.3.f).

En consecuencia, podemos afirmar que la Ley de Igualdad establece dos tipos de obligaciones de naturaleza, características y consecuencias diferentes. Obligatorias unas, conminatorias el resto.

En primer lugar, establece obligaciones fuertes (*hard law*), cuando afirma, en el párrafo segundo, que no puede haber discriminación por razón de sexo en la atención y los servicios sanitarios, y que los tribunales tienen que velar porque este precepto se cumpla en todos los casos. Se trata de un derecho fundamental que tiene toda persona que requiera de una atención o servicio sanitario, que genera una obligación para los poderes públicos competentes en la prestación de estos servicios. Por tratarse de un derecho fundamental básico, la no discriminación por razón de sexo tiene una protección jurídica inmediata.

El carácter y alcance de los párrafos primero y tercero es distinto. Su sentido es establecer un marco legal de referencia para que los gobiernos y Administraciones públicas desarrollen y promuevan políticas, estrategias y programas de salud que integran el principio de igualdad, la perspectiva de género y las diferentes necesidades sanitarias de mujeres y hombres. La norma conmina, establece la obligatoriedad de las políticas públicas, pero no delimita su alcance, profundidad, recursos y ejecución concreta. Se trata en este caso, de normas orientativas de la acción política, de la

legislación y de las políticas públicas. Es decir, serían *soft law* (Rubio, 2014), que tienen un carácter genérico, interpretable políticamente y abierto a las concreciones y obligaciones que sobre este tema se puedan llevar a cabo en el desarrollo normativo de la Ley de Igualdad, en las leyes generales estatales y en la legislación de igualdad y de salud de las comunidades autónomas, y más aún de las políticas públicas concretas que en materia de sanidad impulsen tanto el gobierno central como los gobiernos autonómicos.

### III. CUIDADO Y POLÍTICA SANITARIA

Las políticas de cuidado, básicas en una política de familia activa y avanzada, tienen una relación directa con la política sanitaria y la legislación de Salud. Debemos, para ello, tener en cuenta la dimensión social del cuidado y la tipología de enfermedades y problemas de salud que genera. Lo que a su vez obliga a incorporar la perspectiva sanitaria y de género a las políticas públicas del cuidado, de manera especial en el cuidado familiar, no profesional y no remunerado. Cuanto menos en un país como España, con un Estado del Bienestar débil y donde las redes familiares tienen que suplir en buena medida las carencias del sistema público de bienestar con unos costes en salud, tiempo, calidad de vida y promoción profesionales elevados de las personas cuidadoras, mayoritariamente mujeres (Moreno, 2013 y 2017; Rey, 2015).

Basta hacer referencia a algunos datos de fácil acceso público para confirmar lo que decimos. En España, a pesar de la incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo, las mujeres estamos peor pagadas, con ocupaciones más precarias, mayores niveles de paro, menor peso porcentual dentro del conjunto de la población ocupada y con una presencia muy limitada en los grupos directivos (Gobierno de España, 2017). Además, las mujeres deben hacer frente, en una proporción enormemente superior a los hombres, a las funciones de cuidado (Carretero *et al.*, 2015). Así, entre las personas dedicadas de manera formal, como trabajo remunerado, a el cuidado en los servicios sociales más de un 80% son mujeres, con elevadas tasas de temporalidad laboral. Lo mismo ocurre, en el ámbito sanitario, las mujeres que se dedican a el cuidado son más del 70% y con tasas de temporalidad elevada. Y se repite las proporciones entre las personas cuidadoras informales. Más del 80 % son mujeres, tienen una edad mediana de 53 años, y en casi un 80 % de los casos viven en la misma casa que la persona a la cual cuida, en más de un 17 % de las ocasiones tienen cuidado de más de una persona a la vez. Y más del 55 % han visto afectada su vida laboral negativamente, y dos de cada tres han tenido que reducir drásticamente su ocio. Y a

todo esto, añadimos, que, en términos generales, el 70 % de las tareas de casa las realizan mujeres y que en el ámbito del hogar las mujeres dedicamos de media 2 horas y media más que los hombres diariamente, una realidad sobre la que se cimenta la brecha salarial en España (Conde-Ruiz y Marra, 2016).

Esta realidad tiene sus consecuencias en forma de enfermedades específicas, que generalmente no son consideradas enfermedades laborales, simplemente porque no se corresponden con las categorías tradicionales, y mayoritariamente masculinas, de las enfermedades laborales. Hay que destacar que los estudios existentes sobre la salud de las personas que se dedican al cuidado (Sánchez, 2009) ponen de manifiesto que ser cuidadora o cuidador supone un riesgo para la salud, en una proporción superior a la media de personas trabajadoras, y que esta afirmación vale igualmente para las personas cuidadoras formales o remuneradas y las informales o no remuneradas. Y el riesgo laboral afecta a la salud física en forma de cefaleas y enfermedades de espaldas y de cervicales, pero alcanza unas tasas de riesgo especialmente altas en la salud psicológica de las personas en forma de estrés, ansiedad y depresiones.

No deja de ser sintomático de lo que decimos que, haya investigaciones (Carretero *et al.*, 2015), que, independientemente de los grados de dependencia y cuidado, afirman que más del 85 % de las personas cuidadoras no remuneradas sufren o han sufrido ansiedad, y un 65 % depresiones debido al cuidado y entre ellas el consumo de psicofármacos es elevado. En este sentido, además, la gestión del estrés y de las enfermedades psicológicas depende más de las condiciones subjetivas (clase social, nivel de estudios, grado de inclusión e integración social, valores, etc.) que de las objetivas (tipología del cuidado, horas de trabajo, etc.), por lo que la situación social, nivel de estudios e integración comunitaria son elementos decisivos en las enfermedades laborales del cuidado. Más aún, en términos generales, las mujeres cuidadoras presentan niveles de salud peores que los hombres cuidadores, y las mujeres cuidadoras familiares tienen, además, peores niveles de salud física que las mujeres cuidadoras remuneradas laborales.

En resumen, podemos concluir que existe una relación directa entre el cuidado y la salud y la perspectiva de género en las políticas sanitarias porque: primero, las personas cuidadoras tienen niveles de riesgo laboral superior al resto de las personas trabajadoras; segundo, las mujeres cuidadoras tienden a tener más riesgo laboral que los hombres cuidadores; tercero, las cuidadoras familiares no remuneradas presentan más riesgos de enfermedades laborales del cuidado más que las laborales remuneradas; cuarto, el riesgo laboral es especialmente elevado en salud psicológica; y quinto, la

capacidad de hacer frente a la estrés y la depresión depende más de la dimensión subjetiva de la cuidadora que de las condiciones objetivas del trabajo.

#### **IV. FAMILIA, SALUD Y CUIDADO**

Tal como hemos indicado anteriormente, la Ley orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres establecía en su artículo 27 los ámbitos básicos que tendrían que orientar las leyes de salud, y las políticas públicas de todos los ámbitos de gobierno incorporando la perspectiva de género y el principio de igualdad entre mujeres y hombres. Con todo, sólo algunos aspectos de esta regulación afectarían la salud laboral, física y psíquica de las mujeres cuidadoras y de todas las personas que se dedican al cuidado de manera formal, informal u ocasional.

Estos aspectos, concretamente, son tres. En primer lugar, la educación sanitaria, en todo aquello que se oriente a favorecer la salud de las mujeres cuidadoras y a mejorar su bienestar y la forma en la que realizan su actividad. En segundo, el desarrollo de la investigación científica, frenada en los últimos años, que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la salud en términos generales y en el ámbito del cuidado de manera particular, para permitir el diagnóstico precoz y el tratamiento terapéutico adecuado de las enfermedades más frecuentes en este trabajo. Y, en tercer lugar, desarrollar los sistemas estadísticos especializados que permitan contar con una información médica y sanitaria adecuada sobre la salud de las personas dedicadas al cuidado, con datos desagregados por sexo, grupo de trabajo, cuidado familiar o profesional, etc.

Educación sanitaria, investigación específica e información desagregada. Estos serían los tres ejes de la Ley de Igualdad que tendrían que desarrollar tanto la legislación sanitaria como las políticas públicas de salud. Una responsabilidad que, en el caso español, corresponde en buena medida a las comunidades autónomas (Tasa, 2018).

La legislación autonómica sobre salud es relativamente extensa. La práctica totalidad de las comunidades autónomas han regulado sobre la materia de manera específica tanto sobre aspectos estructurales, organizativos, como seguridad y salud en el trabajo o sobre asistencia sanitaria y también sobre igualdad entre mujeres y hombres. Obviaré un análisis detallado de la legislación autonómica de igualdad en relación con la salud y me centraré en los tres ejes básicos de las políticas de salud que podían afectar a las cuidadoras: educación, investigación e información.

En materia de educación, las primeras leyes autonómicas que hacen referencia a la necesidad de educar en la salud a las mujeres lo hacen refiriéndose a aspectos o colectivos muy concretos. Por ejemplo, para desarrollar programas integrales de información y educación sexual y de métodos anticonceptivos (Castilla y León, 2003), mejorar la salud de las mujeres en las zonas rurales (Comunidad Valenciana, 2003), concienciar sobre las diferencias de mujeres y hombres relativas a la salud (País Vasco, 2005), o difundir la salud de las mujeres (Balears, 2006).

Es la ley murciana de 2007 la que va más allá porque insta a realizar “campanas de información y programas de educación para la salud sobre aspectos sanitarios y enfermedades que afectan o inciden directamente sobre el colectivo femenino” y, a la vez, plantea, por primera vez, la necesidad de sensibilizar y formar “al personal sanitario, con el fin de que conozcan las necesidades específicas de las mujeres”. Dos preceptos que podrían, potencialmente, sustentar medidas dirigidas a las mujeres cuidadoras.

Las leyes autonómicas de igualdad posteriores a 2007 muestran en su articulado el impacto de la Ley de Igualdad estatal, ya que incrementan y hacen más detalladas las referencias a la educación en salud con perspectiva de género, pero sin ir más lejos en sus objetivos que lo que la Ley 3/2007 establecía.

Respecto al segundo de los ejes de actuación que marca la Ley de Igualdad, el que hace referencia al fomento de la investigación con perspectiva de género. También aquí, con anterioridad a la ley estatal, algunas leyes autonómicas de igualdad ya habían incorporado la necesidad de potenciar investigaciones científicas teniendo en cuenta las características específicas de cada sexo, especialmente las leyes autonómicas elaboradas entre 2003 y 2007. Con todo, después de la aprobación de la Ley estatal de Igualdad, las referencias se harán más frecuentes en las leyes autonómicas de igualdad.

Pero, también en este aspecto, hay que decir que en todos los casos las referencias son similares a las recogidas en el artículo 27 de la Ley de Igualdad estatal de 2007, y en ninguna ocasión se hace referencia a la investigación segmentada por ámbitos sociales, de niveles de estudio, de grado de integración social, diferenciando entre enfermedades físicas y psicológicas, y menos todavía según las dimensiones laborales y de clase social.

Finalmente, respecto al tercer eje de la Ley de igualdad que podría atender las

necesidades de salud de las mujeres cuidadoras, el de la información y el de la estructuración de bancos de datos desagregados por sexo en registros, encuestas y estadísticas hay que decir que, con anterioridad a la Ley de Igualdad únicamente en la legislación balear de 2006 se hace referencia a la necesidad de prestar “una atención especial a los problemas específicos de salud pública que afectan a la mujer, especialmente en los ámbitos... de las estadísticas y los estudios”. Mientras que, con posterioridad a la Ley de Igualdad estatal, algunas leyes de igualdad autonómicas han tendido a recoger la necesidad de contar con estudios, estadísticas y encuestas sobre aspectos de salud que diferencian a hombres y mujeres (Andalucía, Canarias, Extremadura, Galicia, Baleares y Cataluña).

Cabe advertir, asimismo, que las leyes autonómicas de igualdad ocasionalmente han ido más allá de la educación, la investigación y la información de la ley estatal, y han tratado de regular aspectos inmediatos de la salud de las mujeres que la ley estatal no ha considerado, e, incluso, puntualmente la legislación autonómica de igualdad se ha referido específicamente a las cuidadoras o a las personas que realizan trabajos de cuidado.

De manera extraordinaria hay también cuatro leyes autonómicas de igualdad que hacen referencia a los problemas de salud que genera el cuidado, pero la referencia la limitan exclusivamente a el cuidado doméstico o informal. Así, en la legislación del País Vasco (2005), la atención de la salud de las cuidadoras informales aparece como problema que debe de ser incorporado a las políticas sociales, en las leyes andaluza (2007) y canaria (2010) como una cuestión que debe de ser considerada de manera específica por las políticas sanitarias, y en la ley catalana (2015), después de afirmar la presencia mayoritaria de mujeres en los trabajos de cuidado, sobre todo en el ámbito doméstico, dice que este hecho tiene que ser tenido en cuenta en la política sanitaria y tiene que orientar las políticas públicas “para que el cuidado de las personas en el ámbito familiar sea compartido por hombres y mujeres”.

Cómo podemos observar nos encontramos con un importante sesgo de género y de clase social tanto en la legislación estatal como autonómica. La legislación está hecha mayoritariamente por hombres y por hombres de clase media o alta, con estudios, urbanos, con trabajos de esfuerzo no físico y todo esto pesa a la hora de legislar y de implementar políticas públicas sanitarias con perspectiva social y de género. Quizá eso ayuda a explicar que la salud laboral de las mujeres y sus riesgos laborales específicos no aparezcan a penas en la legislación vigente ni en las políticas de riesgos laborales y en las sanitarias.

Hace falta, sin duda, más perspectiva de género y hace falta más perspectiva social en nuestra legislación y en las políticas públicas. Y que pase de las leyes de igualdad a toda la legislación de manera transversal y, de manera específica, a la que se refiera a la salud de las personas dedicadas al cuidado.

España tiene, en 2017, una tasa de natalidad del 8,41 y un índice de fecundidad del 1,31, cuando la fecundidad media de reemplazo es de 2,1. Las causas de estas cifras, las más bajas en términos históricos, son, obviamente, diversas; pero es evidente que entre ellas se encuentra la ausencia de unas políticas públicas sistemáticas, activas y avanzadas de apoyo a la familia, en la diversidad de tipos y modelos familiares actuales (Flaquer, 2004), tratando de facilitar las condiciones sociales para poder tener hijos de manera lo más digna y plena posible, y responder a las necesidades de cuidado de las personas dependientes de manera igualmente adecuada.

Y para ello la gestión del tiempo es esencial. En estos momentos, en España, la educación obligatoria finaliza a los 16 años, los estudios universitarios de grado hacia los 23 y los universitarios especializados hacia los 27; una mínima estabilización laboral en un mercado de trabajo cada vez más precario, se produce entre los 30 y los 35 años, la media de edad para establecer legalmente uniones de pareja se acerca a los 35 años en el caso de las mujeres y 38 años en los hombre (casi 12 años más que cuando se inicia la democratización de España en 1977), las mujeres tienen su primer hijo de media a los 33 años, hacia los 45 años las mujeres y 48 los hombre acabaría la atención de la etapa infantil de los primeros hijos y, hacia los 50-60 años suele tener que atender las necesidades de cuidado de sus progenitores. Los recursos económicos, emocionales e intelectuales de las personas son decisivos para construir proyectos de vida familiar que san autónomos y fuertes; pero las políticas públicas pueden ser decisivas para garantizar una vida de calidad, un cuidado equilibrado e igual por hombres y mujeres de hijos y personas dependientes. Lo que redundaría en una mejor salud tanto para las personas que necesitan cuidados como para las cuidadoras. Hoy, no es esta la realidad. El tiempo está estructuralmente mal repartido y las funciones del cuidado de hijos y dependientes recae esencialmente en las mujeres, incluso cuando los cuidados requieren una formación profesional especializada, lo que provoca enfermedades específicas en las cuidadoras y dificulta una vida más digna, rica y saludable.

## **V. CONSIDERACIONES FINALES**

Recurrir a los viejos modelos de familia, con una diferenciación clara de funciones según el sexo de las personas y la exclusión de las mujeres del mundo laboral puede ejercer una atracción todavía importante en sectores de la sociedad; pero difícilmente tiene futuro en sociedades avanzadas, complejas y democráticas.

El futuro pasa, en nuestra opinión, por políticas activas de apoyo a las familias y su calidad de vida en todos los ámbitos de actividad y para todos sus miembros. Sin apriorismos ni dogmatismos ideológicos; pero con una voluntad clara de facilitar políticas públicas efectivas no solo en los aspectos más directos e inmediatos (educación, sanidad, subsidios, ayudas), sino también en aquellos indirectos y básicos (horario de trabajo, conciliación, vivienda), como en los que parecen más alejados y son vitales (política de cuidado, atención sanitaria con perspectiva de género para mujeres y hombres, atención a la dependencia).

En nuestra sociedad una de las brechas principales entre las personas es la del tiempo. Y, por ello, sólo habrá igualdad plena, independientemente de lo que digan las leyes, cuando mujeres y hombres dispongamos de un tiempo parecido para las actividades públicas y privadas, y cuando mujeres y hombres dediquemos un tiempo parecido a las mismas especialidades laborales y tareas domésticas, y al cuidado de hijos y personas dependientes; en la ayuda de servicios de calidad y políticas de familia integrales, activas y avanzadas.

## **VI. BIBLIOGRAFÍA CITADA**

CARRETERO, Stephanie; Jorge GARCÉS y Francisco RÓDENAS (2015). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

CONDE-RUIZ, J. Ignacio, e Ignacio MARRA (2016). *Gender Gaps in the Spanish Labor Market*. Madrid: FEDEA.

FLAQUER, Lluís (2000). *Les polítiques familiars en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundació La Caixa.

FLAQUER, Lluís (2004). “La articulación entre familia y el Estado de bienestar en los países de la Europa del sur”. *Papers. Revista de Sociologia*, 73: 27-58

- GOBIERNO DE ESPAÑA (2017). *Informe del mercado laboral de las mujeres. Estatal. Datos 2016*. Madrid: Gobierno de España (Ministerio de Empleo y Seguridad Social).
- HUNTINGTON, Samuel P. (1991). *Democracy's Third Wave in the late twentieth century*, Oklahoma, University of Oklahoma Press.
- LLANOS, Juan Carlos (2018). *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España. 2008-2017*. Madrid, EAPN España.
- MONTOYA, Alfredo (dir.) (2007). *Igualdad de mujeres y hombres. Comentario a la Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombre*. Madrid: Thomson-Civitas.
- MORENO, Luis (2013). “Crisis y reformas del bienestar en Europa”, *Presupuesto y gasto público*, núm. 71.
- OIT (2016). *Las mujeres en el Trabajo. Tendencias*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- REY, José Luis (2015). *Sostenibilidad del Estado de Bienestar en España*. Madrid: España.
- RUBIO CASTRO, Ana (2014). “Los efectos jurídicos del *soft law* en materia de igualdad efectiva. La experiencia española. *AFD (Anuario de Filosofía del Derecho)*, núm. 30.
- SÁNCHEZ LÓPEZ, María del Pilar (2012). *Personas cuidadores formales y familiares y salud* [memoria de investigación]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid y Gobierno de España (Ministerio de Igualdad).
- SÁNCHEZ TRIGUERO, Carmen, y Antonio V. SEMPERE (dir.) (2008). *Comentarios a la Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*. Madrid: Thomson Aranzadi.
- TASA, Vicenta (2018). “La igualdad efectiva de mujeres y hombres en la política de salud”, en Ventura Franch, Asunción y Santiago García Campá (dir.). *El derecho a la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Una evaluación del primer decenio de la ley orgánica 3/2007*. Madrid: Thomson Aranzadi.