



Mujeres y salud en el medio rural de la CAE

MUJERES Y SALUD EN EL MEDIO RURAL DE LA CAE

Nekane Jausoro Santa Cruz (UPV-EHU, Departamento de Sociología 2.)
Andrés Davila Legeren (UPV-EHU, Departamento de Sociología 2.)
Eider Arrieta Langarika (IKT)

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

NEKAZARITZA, ARRANTZA
ETA ELIKADURA SAILA

DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA,
PESCA Y ALIMENTACIÓN

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2006

JAUSORO SANTA CRUZ, Nekane

Mujeres y salud en el medio rural de la CAE / Nekane Jausoro Santa Cruz, Andrés Davila Legeren, Eider Arrieta Langarika. – 1ª ed. – Vitoria-Gasteiz : Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2006

p. ; cm. – (Colección Lur ; 9)

ISBN 84-457-2497-5

1. Mujeres en el medio rural-Salud e higiene-Euskadi. I. Davila Legeren, Andrés. II. Arrieta Langarika, Eider. III. Euskadi. Departamento de Agricultura, Pesca y Alimentación. IV. Título. V. Serie
613.99(460.15)

TÍTULOS PUBLICADOS

1. Comercialización de los productos cultivados en invernaderos en la Comunidad Autónoma Vasca.
2. Estructura agraria de la Comunidad Autónoma Vasca.
3. Aproximación al Sistema de Derecho Alimentario.
4. Análisis y diagnóstico de los sistemas forestales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
5. De caserío agrícola a vivienda rural: evolución de la función agraria en la comarca de Donostia-San Sebastián.
6. La identidad reconstruida: espacios y sociabilidades emergentes en la ruralidad alavesa.
7. Variedades autóctonas del tomate del País Vasco.
8. Coste de la no agricultura en el País Vasco.
9. Emakumeak eta Osasuna EAeko Landa-Eremuetan/Mujeres y Salud en el Medio Rural de la CAE.

Edición: 1.ª Octubre 2006

Tirada: 1.000 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Agricultura, Pesca y Alimentación

Internet: www.euskadi.net

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: Rali, S.A.
Particular de Costa, 8-10 - 48010 Bilbao

Impresión: Estudios Gráficos Zure, S.A.
Carretera Lutxana-Asua, 24 A - Erandio-Goikoa (Bizkaia)

ISBN: 84-457-2497-5

D.L.: BI-2525-06

ÍNDICE

	<u>Página</u>
1. INTRODUCCIÓN	7
2. DEFINICIONES SOCIALES DE SALUD	13
2.1. La salud designa una realidad compleja y variable	15
2.2. Salud en tanto que bienestar personal	20
2.2.1. Un equilibrio corporal y emocional	20
2.2.2. Una socialidad rural	22
2.2.3. Una calidad de vida natural	24
2.3. Aspectos básicos que inciden en la salud: alimentación, ejercicio y ritmo de vida	25
2.3.1. La alimentación: fuente de salud y prevención	26
2.3.2. El ejercicio físico: una cuestión controvertida	29
2.3.3. Ritmo de vida: estrés y relaciones personales:	32
2.4. La enfermedad: irrupción en la cotidianidad	36
3. LAS REDES FAMILIARES: SALUD Y CUIDADO INSEPARABLES .	41
3.1. El cuidado de una misma en la generación intermedia	44
3.1.1. La dificultad de contar con «tiempo propio»	44
3.1.2. Cuidarse mirando al futuro	48
3.1.3. Ignorar el cuidado de una misma	49
3.2. Las mujeres mayores cuidándose a sí mismas	49
3.2.1. El cuidado como algo nuevo	49
3.2.2. Las prácticas de cuidado	52
3.3. El cuidado de las personas mayores visto desde sí mismas	52
3.3.1. Incertidumbre y preocupación	53

3.3.2. El derecho a ser cuidadas y el rechazo a las residencias y centros de día	54
3.3.3. Permanecer en el hogar con apoyo externo	58
3.4. Las cuidadoras	59
3.4.1. Cuidan a mayores	59
3.4.2. Cuidan a la familia	69
3.4.3. ¿Se cuidan a sí mismas?	75
3.4.4. ¿Cómo vislumbran su cuidado en el futuro?	77
4. LA RED SANITARIA	79
4.1. Dispersión de equipamientos y servicios	81
4.2. Tres enfoques generacionales	83
4.2.1. Generación Mayor: Figura del médico y uso de los servicios sanitarios	83
4.2.2. Generación Intermedia: La figura del médico es para los demás	86
4.2.3. Generación Joven: Relación esporádica con el sistema sanitario	87
4.3. Atención profesional	88
4.3.1. La importancia de una «buena atención»	88
4.3.2. La figura de la enfermera	90
4.3.3. Personal sanitario a domicilio	91
4.3.4. Atención telefónica del personal sanitario	91
4.3.5. Idioma de atención sanitaria: Euskera/Castellano	91
4.4. Ámbito hospitalario	92
4.5. Sanidad privada	92
4.6. Terapias complementarias	93
4.7. Cuestiones específicas de determinados colectivos	94
5. SÍNTESIS Y ELEMENTOS A DESTACAR	95
Anexo metodológico	101
Referencias Bibliográficas	111

1. INTRODUCCIÓN



Entre mayo de 2005 y febrero de 2006 se llevó a cabo una investigación acerca de la salud en el medio rural vista desde la perspectiva de las propias mujeres. La investigación surgió del interés de la Comisión de Mujeres Rurales de Euskadi, coordinada por Mendikoi y fue encargada por el Departamento de Agricultura, Pesca y Alimentación del Gobierno Vasco a IKT que, a partir de la experiencia conjunta en un estudio anterior acerca igualmente de la situación de las mujeres que viven en medio rural¹, se puso en contacto con la UPV-EHU para llevar a cabo el presente estudio. De ahí que la dinámica de investigación haya contemplado la realización tanto de entrevistas informativas como de reuniones de síntesis y puesta en común con las asociaciones de mujeres de dicha Comisión, aportando su propia perspectiva a la hora de traducir las necesidades expresadas por las mujeres así como sus demandas, dirigidas tanto a las distintas administraciones como a los agentes y actores sociales. Mencionar asimismo que para la realización de este estudio se ha contado con la colaboración de Pilar Santamaría, responsable del proyecto en IKT.

El presente estudio pretende profundizar en los significados adscritos por las mujeres que viven en el medio rural de Euskadi a sus prácticas sociales de salud. Pero antes de entrar a dar cuenta de los resultados de la investigación, hemos considerado adecuado señalar algunos de los rasgos que caracterizan a las mujeres del medio rural de la CAE, pensando, sobre todo, en las lectoras y los lectores que puedan desconocer el ámbito en que esta investigación se inscribe.

Comenzando por el hecho mismo de que es necesario hablar de las mujeres rurales y no de la mujer rural pues, como ya tuvimos ocasión de plantear en el estudio anterior, no hay un único perfil de mujer rural sino perfiles diversos.

Los municipios rurales suponen el 51% de los municipios de la CAE, con un 59% de la superficie pero con sólo el 4,6% de la población. Se trata de una población más envejecida que la población no rural que, sin embargo, cuenta en este momento con un crecimiento vegetativo superior al del conjunto de la CAE y con unas tasas de natalidad también más elevadas. Este crecimiento está muy relacionado con la relevancia que el medio rural está adquiriendo como lugar de residencia para personas que proceden del medio urbano; de hecho, quienes habitan en el medio rural perciben como uno de los principales problemas el cada vez más difícil acceso a la vivienda en su propio pueblo, debido a que los elevados precios la hacen accesible solamente para algunos habitantes, en muchos casos procedentes del medio urbano. Estas dinámicas poblacionales están incidiendo en la socialidad específica del medio rural, que se presenta como un entorno de convivencia en contigüidad; un ámbito cotidiano

¹ Santamaría, Pilar; Arrieta, Eider; Jausoro, Nekane; Davila, Andrés y Hernández, Ana (2004): *Las mujeres en el medio rural vasco-2004-Emakumeak euskal landa eremuan*. Departamento de Agricultura y Pesca, Vitoria-Gasteiz.

marcado por situaciones cara a cara de vecindad, largamente elaboradas en una continuidad generacional que las dota de coherencia y estabilidad propias. Con el desplazamiento de dicha socialidad vecinal hacia una mera función residencial del pueblo se está resintiendo, desde el punto de vista de las mujeres, la idiosincrasia relacional del lugar tanto en una dimensión personal como institucional, caso de determinados trabajos vecinales que dejan de ser realizados por la propia comunidad.

Las elevadas tasas de masculinidad que caracterizan a numerosas áreas rurales no constituyen un problema importante en la CAE, si bien el porcentaje de mujeres es menor que en los ámbitos más «urbanos» suponiendo éstas el 48% de la población en los municipios estudiados (en los municipios no rurales el 51% de la población son mujeres).

Tampoco el aislamiento es una de las características del medio rural de la CAE; la población está dispersa en el territorio, pero las distancias entre núcleos rurales y entre éstos y los núcleos urbanos no constituyen el tipo de problema que pudieran constituir en otras zonas rurales. De todas formas destaca el elevado porcentaje de mujeres que vive fuera de un núcleo de población, situándose éste en torno al 40% en Gipuzkoa y Bizkaia, mientras que en Álava la situación es muy diferente y el 95% de las mujeres viven en algún núcleo de población. Lo que en Euskadi tenemos es más que aislamiento movilidad, que se constituye en una de las características que definen a las mujeres rurales en la actualidad. En el caso de la generación mayor se trata de una movilidad dependiente, dado que quienes la integran deben recurrir a terceros para sus desplazamientos mientras que en la generación intermedia, en cambio, se trata de una movilidad generalizada dado que las mujeres de esta generación son quienes asumen la responsabilidad cotidiana de los cuidados familiares, tanto de sus descendientes como ascendientes, que junto al resto de actividades y trabajos que realizan les lleva a protagonizar una «jornada múltiple» (Pigalle, 2000), cada día. El grado de uso del coche por parte de las mujeres rurales lleva a una relativización de las distancias que se hace cada vez más acusada a medida que descendemos en la generación contemplada. De hecho, entre la generación joven tanto el ocio como los estudios o el empleo encabalgan la vida cotidiana entre los ámbitos rural y urbano.

A pesar de la importante presencia del transporte privado (coche), el 35% de las mujeres considera que mejorar el transporte público se encuentra entre las iniciativas más importantes para que el pueblo prospere. Las situaciones varían según la zona, pero son siempre más difíciles para quienes viven alejadas de núcleos de población porque las distancias entre el domicilio y las paradas son grandes. Hay determinadas cuestiones, en cambio, que son problemáticas en todas las zonas: por ejemplo, entre las más jóvenes hay consenso con respecto a la insuficiencia del transporte público los fines de semana y mu-

chas de las mujeres con hijas e hijos en edad escolar, denuncian la no existencia de transporte estructurado para los ciclos de educación no obligatoria. También hay una preocupación considerable por la situación de las personas mayores que no tienen posibilidades de desplazarse por sí mismas; a este respecto se considera que los servicios son insuficientes.

El núcleo familiar más habitual está compuesto por un matrimonio con uno o dos descendientes, que al llegar a cierta edad se independizan (el hogar mayoritario está compuesto por 3 o 4 personas). El número de hogares en los que conviven tres generaciones no son los más habituales, y destaca el número de mujeres mayores de 65 años que viven solas: el 22%. El 65% de las mujeres están casadas o viven en pareja, un 1,2% están separadas o divorciadas, un 15% viudas y casi un 19% solteras. El 38% de las mujeres tiene 2 hijas o hijos, el 17%, 1, y el 23% no tiene descendencia. Una de las cuestiones que condiciona la forma y ritmo de vida de las mujeres es la existencia de personas dependientes. En este sentido el 22% afirma tener niños y niñas que dependen de ellas, el 8% personas mayores y el 1% personas en otras situaciones de dependencia, es decir con minusvalías de uno u otro tipo.

La importancia que conceden las mujeres a la existencia, en una cercanía relativa, de equipamientos y servicios está muy relacionada con la ocupación y preocupación que suscita en ellas la situación de las personas del entorno. Una de las diferencias percibidas respecto al medio urbano radica en las dificultades de acceso a determinados equipamientos y servicios. Estas dificultades se traducen en una demanda especialmente centrada en todo lo referido al cuidado de las personas (y por ello muy relacionada con la persistencia del modelo tradicional de distribución del trabajo en función del género, un modelo caracterizado por la mayor participación de las mujeres en la realización de trabajos domésticos y de cuidado de ascendientes y de descendientes); pero también en la demanda de actividades de ocio programadas para adultos que se valoran positivamente: gimnasia, talleres, charlas, baile.

En definitiva, la percepción de que en general la oferta de equipamientos y servicios ha mejorado, convive con la demanda de la consolidación y mejora de la misma. Para las mujeres son cuestiones centrales para que el medio rural gane en autonomía con respecto al medio urbano y para la fijación de la población en el entorno.

Con respecto al idioma destaca el elevado porcentaje de guipuzcoanas que habitualmente se comunican solamente en euskara (86%) y las pocas mujeres alavesas (3%) que utilizan esa misma lengua. En Bizkaia el porcentaje asciende al 45%.

Sólo el 10% de las mujeres no tiene estudios y éstas son en un 70% mayores de 65 años. Más de la mitad de las mujeres tienen estudios primarios (54%),

pero un tercio de las de las más jóvenes y un cuarto de las que tienen entre 26 y 39 años tienen estudios universitarios. En su conjunto el 15% de las mujeres tienen formación universitaria. Estos datos no presentan diferencias significativas con los de sus parejas. Las únicas diferencias remarcables son para las edades más avanzadas y para el capítulo de formación profesional agraria en el que hay tres veces más hombres que mujeres. Destaca el grupo de los jóvenes por el peso del grupo de hombres con estudios primarios (55%) mientras las chicas tienen niveles de formación más avanzados y sólo un 19% se queda en la formación primaria².

Por otra parte, si atendemos a los elementos centrales de la construcción de su identidad como mujeres rurales, destaca la identificación tanto con la actividad agraria como con la socialidad específica del entorno rural; dos elementos que pueden ir unidos o separados pues, para algunas mujeres, el ser mujer agraria conlleva automáticamente ser mujer rural y, en este caso, el segundo elemento de identificación queda en un segundo plano mientras que, para otras, en cambio, la pertenencia rural se construye fuera de la referencia agraria (siendo rurales pero no agrarias). Entre las mujeres rurales agrarias se afirma una identidad profesional emergente (en la que se apunta a considerar ésta como una actividad laboral con su régimen particular de horarios, sueldos, vacaciones, bajas...), aspirando, además, a contrarrestar la imagen social de la actividad agraria que no le concede a la misma ningún reconocimiento o prestigio por lo que difícilmente contribuye a hacerla atractiva para las generaciones más jóvenes y consolidar de esta manera el futuro de la misma.

Éstos son algunos de los rasgos de las mujeres que ya en estudios anteriores, como el realizado en 2004, mostraban su preocupación por la implantación y consolidación tanto de servicios relacionados con los cuidados como de equipamientos y servicios de atención sanitaria, de manera que en el presente estudio tratamos de conocer aquellas posiciones compartidas por dichas mujeres en tanto que rurales y en Euskadi; posiciones similares a pesar de las distintas situaciones (generacionales, laborales, familiares, etc.), que las caracterizan en cada caso.

² Los datos utilizados para hacer una descripción global de la población de mujeres rurales de la CAE proceden de Santamaría y otras, 2004.

2. DEFINICIONES SOCIALES DE SALUD

En la salud se dan cita diversos procesos de especialización, profesionalización e institucionalización que, a lo largo de los dos últimos siglos, han hecho de ella el objeto de múltiples disciplinas (derecho, biología, antropología, economía, etc.). Presentada a través de discursos tan distintos como el jurídico, el científico, el filosófico o el político, no es de extrañar que la salud resulte en muchas ocasiones contradictoria; al fin y al cabo, innumerables organizaciones e instituciones, así como agentes de todo tipo y condición, se interesan por establecer cuáles son los asuntos que atañen a la salud, qué clase de intervenciones se requieren y justifican en su nombre, así como a quiénes incumbe, cómo y cuándo...

Desde la Organización Mundial de la Salud hasta los laboratorios farmacéuticos, pasando por cualquier instancia –sea particular o asociativa, sea pública o privada– que se considere concernida, participan de este modo en la declaración de la salud como una cuestión de orden médico, moral, mediático, etc. legitimando en cada caso unas formas y prácticas de salud en detrimento de otras, tratando así de que su particular definición de la salud se convierta, en cada caso, en una definición legítima. Pensemos por ejemplo en la conformación del alcoholismo como problema en los Estados Unidos de Norteamérica (Gusfield 1981 y 1996); a lo largo de más de un siglo, diferentes instancias establecen los contornos del «problema» (su forma y fondo, sus contenidos y expresiones), a la vez que los medios y recursos para su tratamiento: la Iglesia hará del alcoholismo un problema moral («Ejército de Salvación») mientras que el Estado hará de él un problema legal («ley seca») para, finalmente, la medicina hacer del mismo un problema de salud pública (trastorno de la personalidad).

Definiciones legitimadas, aunque por instancias bien distintas en cada caso, con que siempre habrán de vérselas aquellas definiciones, a la vez individuales y colectivas, que remiten a ciertas representaciones compartidas por quienes forman parte de unos u otros grupos sociales. Definiciones sociales, por tanto, que establecen un determinado modo de ver las cosas, o dicho con más propiedad, una manera específica de hacerlas visibles en una época y sociedad concretas. En estas páginas nos ocuparemos precisamente de las maneras en que las mujeres (y hombres) que han participado en el presente estudio, visibilizan la salud aquí y ahora.

2.1. La salud designa una realidad compleja y variable

Los conceptos de salud y enfermedad al igual que los de campo y ciudad son socio-históricos. Quiere esto decir que cada uno de ellos no sólo tiene una historia sino que además presenta unas determinadas condiciones sociales de posibilidad³ que harán de ellos algo distinto según el lugar y el momento al que

³ Las condiciones sociales de posibilidad se concretan en cambios de orientación (ya sean éstos políticos, científicos, estéticos...) que obran ciertos desplazamientos –haciendo pasar así algo del

atendamos. No en vano, cualquiera de ellos se constituye como *conceptos sociales* o «proposiciones complejas y variables: complejas porque cada palabra designa una multiplicidad de cosas; variables porque la designación recubre cosas diferentes a lo largo del espacio y del tiempo» (Ibáñez, 1993:127). De ahí que la salud en modo alguno de cuenta de idénticas inquietudes, tolerancias, amenazas, actuaciones... ni en un mismo lugar a través del tiempo (caso de los cosméticos durante el siglo XVIII y de los baños de sol a fines del XX en Europa) ni entre distintos lugares en un mismo tiempo (caso del acusado contraste entre algunos miembros de la Unión Europea, como por ejemplo el que se presenta entre Holanda y Francia acerca de la manera en que se producen los partos en uno y otro Estado)⁴.

Para observar hasta qué punto el término «salud» designa una realidad compleja y variable basta con repasar las innumerables definiciones que de la salud se vienen proponiendo en las últimas décadas. Cotejando las pocas que se recogen en el cuadro adjunto, seleccionadas por contarse entre aquellas que han podido conocer una mayor difusión, podremos esbozar el deslizamiento que en apenas cincuenta años se ha producido entre la vegetativa versión del cirujano René Leriche: «La salud es la vida en el silencio de los órganos⁵» y la versión programática presentada por parte de la Organización Mundial de la Salud en su Declaración de Alma-Ata acerca de la Atención Primaria: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores» (OMS, 1978:2); en realidad, una redefinición o ampliación modificada de la definición presentada por esta misma organización treinta años atrás, en su Carta Fundacional.

margen al centro o del fondo hasta un primer plano y viceversa— lo que permite que algo pueda ser visto súbitamente (Vigarello, 1993). Tal es el caso, sin ir más lejos, de la novedad que en el siglo XX supusieron tanto cánceres como cardiopatías (Skrabaneck y McCormick, 1992) debido no a que dichas enfermedades apenas se hubieran dado hasta entonces sino a que las reubicaciones y los desplazamientos operados por la microbiología pasteuriana las colocaron en el punto de mira, en sustitución de los males infecciosos que, evocados continuamente durante el siglo XIX para la localización de la insalubridad (urbana, popular, miserable...) y la moralización de la limpieza (convirtiéndose la higiene del pobre en una garantía de orden), lo ocupaban todo por completo (Vigarello, 1991). Unos cambios tan significativos, por lo demás, como aquellos que pueden detectarse en el tratamiento de las comunidades rurales en la literatura inglesa del XIX (Williams, 2001) o de la pobreza por parte de la administración norteamericana a mediados del XX (Gusfield, 1981), por ejemplo.

⁴ Mientras que, en el primer caso, más de la mitad de los partos tienen lugar en el domicilio (33%) o en un ambulatorio, con muy pocos medios técnicos, en el segundo caso, bien al contrario, el 99,5% de los partos son atendidos por el sistema hospitalario francés, con todo su dispositivo técnico. En este sentido, las diferencias se producen también por lo que se refiere a la manera en que es abordado el dolor (uso de epidural en el 15% y 70% de los casos, respectivamente), obteniendo sin embargo similares resultados en términos tanto de mortalidad como de morbilidad perinatal (Akrich et Pasveer, 1996).

⁵ Definición planteada por Leriche en 1936 en su «De la santé à la maladie» para la *Encyclopédie Française*, tomo VI (y citada en Canguilhem, 1986: 63).

1938	«La salud es un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo»	Perkins, W:H:
1946	«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no consistiendo únicamente en la ausencia de afecciones o enfermedades»	Sampar (adoptada por por la OMS en su Carta Fundacional)
1956	«La salud es la situación en que el organismo actúa para adaptarse preservando su integridad individual. La salud es un estado físico y mental relativamente exento de malestar y sufrimiento que permite al individuo considerado funcionar tan bien como es posible en su medio. La salud es un estado que permite a quien goza de ella consagrarse plenamente a su o sus proyectos y que por tanto siempre pone en juego fuerzas socio-culturales, no inscritas en el código genético»	Dubos, R.
1966	«La salud es un margen de tolerancia con respecto a las infidelidades del medio ambiente (...) La salud es un conjunto de seguridades y aseguramientos, seguridades en el presente y aseguramientos en el futuro. (...) El hombre sólo se siente en buen estado de salud –y tal es la salud– cuanto más que normal –es decir, adaptado al medio ambiente y a sus exigencias– se siente normativo, apto para seguir nuevas normas de vida»	Canguilhem, G.
1975	«La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad. (...) La salud no es un absoluto sino un proceso continuo que puede ir desde la muerte, considerada como el estado máximo de la enfermedad, hasta el estado de salud más pleno»	Terris, M.

En esta breve antología puede apreciarse el afán por mejorar las definiciones corrigiéndose unas a otras. En primer lugar, por parte de la OMS cuando trata de evitar que la salud quede confinada en la definición negativa de una mera «ausencia de enfermedad»; después, por parte de quienes consideraban irrealizable la propuesta de «un estado de completo bienestar

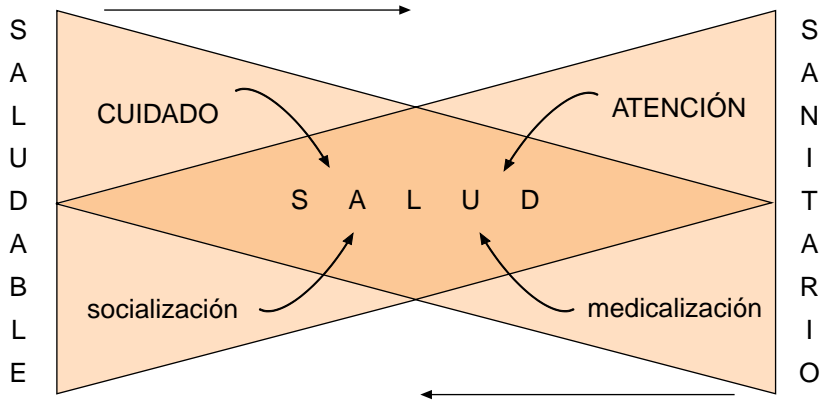
físico, mental y social», rectificando éste en términos de operatividad convirtiéndolo así en cierta «capacidad para funcionar» lo mejor posible y así poder «consagrarse a sus proyectos». Un recorrido en el que la referencia biológica va dejando de ostentar la primacía en las representaciones de la salud para ser sustituida por la de calidad de vida⁶, donde el sistema de asistencia sanitaria comienza a articularse con otros aspectos tan relevantes para la salud como puedan ser la prevención o la educación en la vida cotidiana, a tenor de la permanente negociación de la frontera entre lo sano e insano que la misma supone.

No ha de extrañar, por tanto, que la vivencia cotidiana de la salud por parte tanto de las mujeres como de los hombres que han participado en este estudio resulte de una interrelación entre lo saludable y lo sanitario. Entendiendo que aquí *lo saludable* da cuenta de aquellos hábitos y comportamientos que tienen una acción beneficiosa para la salud o favorecedores de la misma al no tener efectos funestos sobre ella (resultando malsanos e insalubres aquellos que, por el contrario, la perjudican como fumar, llevar una vida sedentaria, etc.) y a los que se les asigna la capacidad tanto de prevención frente a posibles enfermedades como de preservación de la salud y por tanto del bienestar. Entendiendo asimismo que *lo sanitario* hace otro tanto respecto a aquellos servicios y recursos (tanto materiales como humanos) de consulta y atención (primaria, hospitalaria...) para la salud y a los que se les adjudica tanto la vigilancia (consultas, análisis, pruebas, revisiones...) como la rehabilitación de la salud (tratamientos, intervenciones, etc.).

Conviene subrayar, sin embargo, que dicha interrelación puede ser focalizada tanto en un sentido, yendo de lo sanitario a lo saludable, como en el contrario, por ir de lo saludable a lo sanitario; atendiendo, en el primer caso, más a la medicalización de las atenciones de salud de que se pueda ser objeto y, en el segundo, en cambio, más a la socialización⁷ de los cuidados de salud que puedan ser tanto brindados como recibidos.

⁶ La idea de «calidad de vida» no tiene más de cuarenta años, al ser propuesta por vez primera en el transcurso de un discurso del entonces presidente de los Estados Unidos de Norteamérica Lyndon B. Johnson, cuando trataba de establecer un criterio de «buena vida» que fuera más allá de la abundancia material. En realidad no se trata más que de una nueva forma adoptada por la sempiterna oposición entre la cantidad y la cualidad; oposición que curiosamente afecta a la propia concepción de la calidad de vida, reducida en muchos casos a los indicadores a través de los cuales se trata de dar cuenta de ella en términos de una población. De hecho, adaptada a las definiciones antes comentadas, la calidad de vida suele considerarse como la manera de apreciar, midiéndola hasta donde sea posible, la percepción que pacientes de un tipo u otro tienen de su estado de salud (físico, mental y social). Reducción de la cualidad vital que, sin embargo, contribuye a afianzar la tendencia a que «la calidad de vida sea cada vez más importante que la cantidad de vida» (Annas, 1996:63).

⁷ Ellas, al ser el centro neurálgico de los cuidados familiares en la salud (además de en la enfermedad) son el foco o las destinatarias de los mensajes institucionales sobre la salud y su prevención en hábitos, de manera que se muestran más concienciadas que los hombres respecto a aquellos (grasas buenas –pescado azul– grasas malas –bollerías, precocinados–, verduras, frutas...



Diferenciación importante ya que traduce una clara desigualdad de género, concretada en la adscripción femenina de tales cuidados acompañada del descargo masculino de los mismos⁸, lo que explica que sean ellos quienes tiendan más fácilmente a tratar la salud en términos de atenciones propias de la red socio-sanitaria mientras que sean ellas quienes lo hagan en clave de cuidados de salud prestados por la red social formada por familiares, amistades, vecinas y vecinos... esto es, de cuidados en los que intervienen a diario, (pre)ocupándoles continuamente u ocupándoles de antemano⁹. No en vano, «el “cuidado” tiene una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y

⁸ Sirva esta breve conversación entre tres participantes, hombres, de un grupo realizado en esta misma investigación:

«-Y eso de la red familiar en el pueblo a la hora de cuidarse, ¿qué tal...?»

1-Yo creo que eso habrá bajado como en todos.

2-Eso yo también como todos los sitios se ha hecho más.

1-Somos cada vez más independientes, somos más fríos.

3-Individualistas.

1-Egoístas.

2-El tema ese de la familia, jo, yo alguna vez que hablo con mi mujer, mi mujer es [de fuera]. Y allí era totalmente, aquí teníamos un concepto de familia pero es que [allí] era muchísimo más fuerte el concepto de familia desde la familia y tal no sé qué yo cuando me habla el concepto de allí aquí no lo he visto ese concepto nunca pero es que ahora ha bajado mucho. Estamos, cada uno va más a su aire la familia cuando van a heredar todos muy juntos o discutiendo pero lo demás como en todas partes yo veo casos mil que ésta la madre no sé qué no sé cuántos ni Dios quiere saber nada de su madre que pasa.

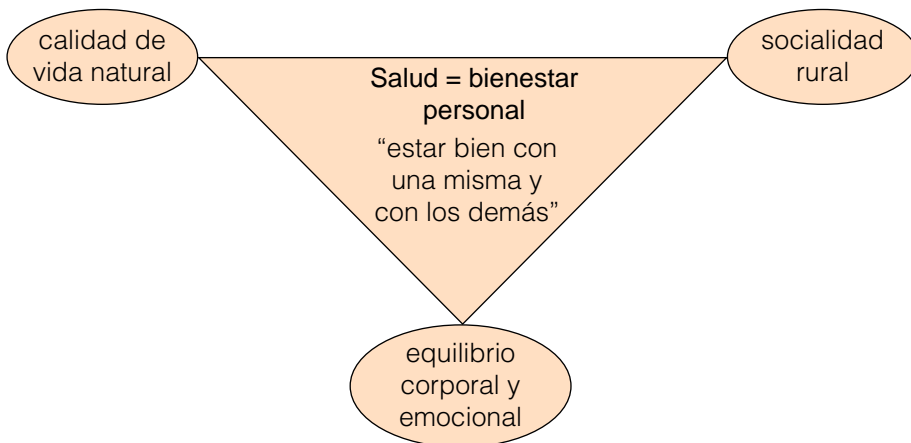
1-Ese tema yo lo he vivido, vamos lo he vivido no me ha tocado cuidar a los padres, ha vivido con mis hermanas más pequeñas mi madre, mi padre ya murió...» (G.2)

⁹ En este sentido parece acertado insistir en que, más allá de la «doble jornada» (Artazcoz, 2002), comencemos a acostumbrarnos a hablar en términos de una «jornada múltiple» (Pigalle, 2000) también respecto a su incidencia en la salud de las mujeres que la protagonizan cotidianamente.

nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos» (Tejada de Rivero, 2003:5). Atendiendo a esta distinción estructuraremos los siguientes capítulos, dedicados a las redes familiar y sanitaria, respectivamente. Pero en estas páginas, que les preceden, abordaremos de manera pormenorizada cuáles son las definiciones sociales de salud que nos han sido propuestas por estas mujeres.

2.2. Salud en tanto que bienestar personal

Entre las mujeres del medio rural, pertenecientes a las diferentes generaciones contempladas en este estudio, la salud es definida en tanto que *bienestar personal*, entendido éste como el «estar bien con una misma y con los demás», lo que se resuelve en la articulación entre un *equilibrio corporal y emocional* («estar bien con una misma...»), con la *socialidad rural* («...y con los demás»), a las que se añade como una tercera dimensión la *calidad de vida natural* (del entorno).



2.2.1. Un equilibrio corporal y emocional

Esta primera dimensión del *bienestar personal* da cuenta de lo que supone «encontrarte bien contigo misma», en su doble vertiente de *sensaciones* (en tanto que goces y malestares corporales, donde lo que cuenta es que en el propio cuerpo todo funcione) y de *sentimientos* (que traducen lo emocional en una orientación no tanto mental como, y sobre todo, afectiva). Sensaciones y sentimientos que se articulan en la imagen de un *equilibrio* que, por tanto, sería a la vez corpo-

ral y emocional¹⁰. A través de dicha imagen, planteada en las diferentes conversaciones mantenidas tanto en grupos como en entrevistas, se pone de manifiesto una concepción de salud que contempla aquellas prácticas que son cotidianas para las propias mujeres que la proponen: ritmos tanto de ocupación y descanso como de alimentación, tanto de cuidados ajenos y propios como de tiempo para sí... yendo, por tanto, más allá de la habitual referencia a la «salud física y mental».

«-2. Ba gorputza orekatu egotean, bere martxan egotean, sistema guztiak, behar duten egoeran egotean, eztaikit hori izango litzateke osasuna, dena

-Zutakore be bai?

-3. Bai, nik uste dut baietz, ondo sentitzean norbera, norbere buruakin

-Eta zuek ee jaramon egiten diozute horri, horren atzetik egoten zarie?

-3. Ez gehiegi, nik ustet det ezetz, oseake

-2. Nik garrantzia ematen diot horri eta saiatzen naiz hori horrela egon dadin eztaikik, alegin bat egiten bai, ohitura batzuk ikasten eta ohitura hoiek mantentzen eta familiari erakusten, nik horri ematen diot garrantzia

-3. bai hola da baina eztaikit iten deun, hori da ez helburua eztaikit iten deun ber dan bezela askotan gauz pila bat usten ditugu alderdi batea, gure osasungarri izango liratekeenak, denboragatikan edo»¹¹ (E.9)

Por otra parte, plantear la salud mediante la imagen del equilibrio remite tanto a un estado como a un proceso. No en vano, el mantenimiento del equilibrio supone una compensación continua de pesos y contrapesos, de manera que la salud se revela como algo que siempre se pone en marcha y en cuestión, al mismo tiem-

¹⁰ Concepción que resulta común a las mujeres participantes en el presente estudio vivan tanto en medio rural como en medio urbano, como puede apreciarse en la siguiente intervención correspondiente a uno de los grupos del diseño de contraste urbano: «Salud es encontrarte bien contigo misma en todos los ámbitos (...) Porque es sentirme ni excesivamente eufórica, ni excesivamente amargada, y demás. Pues salud, lo resumiría, en encontrarme a gusto conmigo misma, no sentir ni padecer; ni física, ni psíquicamente, sino, estar moralmente equilibrada» (G.U.3).

¹¹ «-2. Cuando el cuerpo está en equilibrio, al estar en funcionamiento, al estar todos los sistemas como deben de estar, no sé, todo eso sería salud.

-¿Para ti también?

-3. Sí, yo creo que sí, que se sienta cada cual bien consigo mismo.

-¿Y vosotras también le hacéis caso a eso, queréis eso?

-3. No, demasiado, o sea que yo creo que no.

-2. Yo le doy importancia a eso e intento que sea así, no sé, hago un esfuerzo, intento aprender unas costumbres y enseñar eso a la familia, yo a eso le doy importancia.

-3. Si es así, pero yo no sé si lo hacemos, ése es el objetivo, pero no sé si lo hacemos como deberíamos. Muchas veces dejamos muchas cosas a un lado aunque sean saludables por falta de tiempo» (E.9).

po (Davila, 2004). De esta forma la propia «salud es el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez», mostrándose así «la peligrosidad que está presente en toda intervención... [estando] el cuidado de la salud, al igual que el tratamiento médico consciente, regido por tal experiencia» (Gadamer, 1996:129). Las mujeres de generación mayor son especialmente sensibles a esta experiencia porque se encuentran hoy en día viviendo su vejez, habiendo asumido el concepto de disfrutar de un bienestar completo en su cotidianidad actual pero sin haberlo podido incorporar con anterioridad en prácticas de prevención, hoy a la orden del día pero en su época apenas contempladas. De hecho, entre las mujeres de dicha generación la salud se define a través de la ausencia de enfermedad pero, más allá de esta ausencia de enfermedad, la salud conlleva, antes que nada, la dimensión emocional de la salud que supone «tener una tranquilidad», como aspecto fundamental del *estar bien*, cobrando gran importancia para ellas en este punto la figura del médico de familia, debido a la seguridad que les proporciona.

2.2.2. *Una socialidad rural*

Esta dimensión del bienestar personal es destacada entre las mujeres de cada una de las tres generaciones consideradas, señalando por igual que las relaciones cotidianas de vecindad e intergeneracionales que le son características configuran un entorno particularmente grato.

Dicho entorno está marcado por un conocimiento mutuo entre la vecindad que redundan en una mayor tranquilidad cotidiana respecto a la atención de las personas dependientes (ya sean niñas y niños, ya sean personas mayores, con enfermedad o sin ella) en la medida que permite que éstas puedan «vivir la calle» estando «al cuidado» (difuso) de todos y todas.

«porque kalea urten dakun ba jentie ezautzen dabelako eta berarentzako inportantie de kalea urten dakun ba saludatie eta ene hola guapa ta hoi bera enkantauta joaten da eta aldamenea etorten barabe eta gero ezpaleki hori danak ezautzen dabe eta ekarriko luke etxea ta ordun aspetutik ni libriauna igual ezta? Klaro E.n [hirigunea] ba hori ezin dau eñ (...) eta ba ondo jentik ondo iten dau jendik bakixe ze pasa hakon ez gaixotasune ailegakona eta ordun ba gertaten danin bueno guazen B., B. izena du gure amak pasita eta juten di pasiatzea eta zu eon trankil eta nahi dot esan ondo jentin alderditik bai sorpresa hartuitugaz»¹² (E.9)

¹² «porque cuando sale a la calle conoce a la gente y para ella eso es importante, que te saluden cuando sales a la calle, «hola guapa», y cosas por el estilo, y ella encantada. Y aunque tenga Alzheimer y no supiese venir, pues le conocen todos, y alguien ya le traería a casa, y en ese aspecto yo, pues, estoy mas tranquila, ¿no? Claro, en E (núcleo urbano), no puede hacer eso (...) y la gente, pues,

Aspecto positivo que, a pesar de ser aún hoy dominante, resulta sin embargo matizado por el aspecto negativo que supone la amenaza del control social (cotilleos, envidias...) dado los efectos poco saludables derivados del mismo, por cuanto tiene la capacidad de erosionar el equilibrio emocional de las personas y la convivencia de vecindad entre ellas.



Desde el punto de vista de las relaciones y del entorno, las mujeres rurales consideran que el medio en el que viven es más sano que el urbano dado que se adscriben dos características asociadas a la salud: por una parte, por el conocimiento mutuo propio de la socialidad rural y, por otra, la calidad de vida natural del entorno.

hace bien, la gente ya sabe que le ha pasado, que tiene una enfermedad, y cuando ocurre eso, pues, vamos a donde B., se llama B. mi madre, y se van a pasear y te dicen que tú estás tranquila, y muy bien, quiero decir que en ese aspecto la gente me ha sorprendido mucho» (E.9)

Un aspecto de la socialidad rural específico de las mujeres de la generación mayor es el apoyo que, mediante llamadas o visitas, brindan a personas enfermas en su domicilio. Aquéllas no se realizan únicamente porque haya lazos familiares y de amistad sino también por lazos de vecindad y mutua ayuda en los que han sido socializadas, a través de los cuales se enteran de la situación de enfermedad por la que alguien está pasando como de su proceso.

En contraposición con este rasgo positivo de la socialidad rural ante una situación de enfermedad, por parte de algunas entrevistadas se menciona la estigmatización que el propio control social llega a producir en ciertos casos de enfermedad (caso de las enfermedades mentales, por ejemplo); no habiendo un acuerdo al respecto, sin embargo, de si esto es característico del medio rural exclusivamente o bien ocurre otro tanto en el medio urbano, al que se le atribuye un mayor anonimato tanto para lo bueno como para lo malo¹³.

2.2.3. *Una calidad de vida natural*

La tensión entre lo natural y lo artificial en términos de salud es reiterada a lo largo de las distintas conversaciones, ya sea en relación a la industrialización de los alimentos ya sea acerca de la transformación farmacéutica de las plantas o del manejo de fitosanitarios y abonos en la agricultura¹⁴. Lo natural

¹³ Ocurre de hecho que, en algunas ocasiones, desde el medio rural se mitifica el bajo control social que parece caracterizar al medio urbano, dejando de lado así que el control social se ejerce a diferentes escalas. Desde el diseño de contraste urbano de esta investigación, podemos señalar que el carácter de estigma de algunas situaciones de enfermedad, y no exclusivamente de enfermedades mentales, presenta elementos similares tanto en el medio rural como en el medio urbano. La diferencia estriba en que si el conocimiento de los otros en el medio rural incluye a todo el pueblo, en cambio, en el medio urbano son determinados entornos específicos de relación (laboral, social, etc.) donde se realiza tal estigmatización, de manera que caben estrategias de limitación de la información o de ocultación de la misma: «lo pillaron muy a tiempo y tal. Joder, y que no, pues bueno, a su madre a duras penas, y ya por fin al círculo de sus hermanos, al círculo, pero cuando ya tenía tratamiento y eso. Nos reunió a todos y bueno, que estaba muy contenta, con su peluca iba también super contenta, había ido todo muy bien, y super con mogollón de solemnidad nos pidió que por favor no se lo dijéramos a nadie. Ella en su trabajo y en su entorno lo había disimulado. (...) O sea, tuvo que pedirlo por favor. Pero por ejemplo, que nadie se enterara del cáncer como si fuera...» (G.13).

¹⁴ Lo cual queda claramente planteado en este momento de la conversación entre hombres agrarios:

«1.–No, que sí, que vosotros que andáis echando ahí toda esa mierda...»

3.–Yo me acuerdo, mogollón del lindano, cuando te venía en granulado y bueno de hecho luego lo retiraron del mercado, pero había... buf.. el que quería proveerse para cinco años lo tenía, cuando te estaban diciendo que aquello era veneno puro.

2.–En el sector ganadero hemos andado con productos más naturales, la verdad es esa. (3.–Es distinto, en ganadería es distinto, yo noto por ejemplo)... es completamente distinto. (1.–Es totalmente distinto) Nosotros además con el tema de la historia del registro siempre procuras ¿no ...? Tienes que andar productos naturales

1.–Nosotros tenemos además otra ventaja, como te dediques a hacer el queso mismo los tratamientos y todas estas historias, tienes que llevarlos más natural y menos tratamientos, porque al final repercute en tu economía, que aquello vaya bien o vaya mal controlado.

3.–Sí, es distinto, tienes que controlar de otra manera. (1.–es distinto)» (G.3)

cobra un sentido de reducto y excepcionalidad cada vez mayor, lo que también se traduce en términos de mercado («mirar queremos natural por la salud, y al final..., si quieres algo cuesta dinero»). Característica que igualmente se traslada al medio rural cuando se plantea lo natural como elemento constitutivo del mismo como entorno saludable.

Cabría interpretar, quizá, que tras el paisanaje (la mentada socialidad rural) las mujeres participantes en este estudio se refieren aquí al paisaje, recortando así en el medio rural ciertos escenarios estetizados según la lógica urbana del disfrute de «bosques», «senderos», «campas», etc.; sin embargo, las referencias al medio rural como entorno natural (caracterizado como «espacio abierto», «verde», «limpio»...) en modo alguno se circunscribe al paisaje, aunque lo incluye, pues alcanza por igual a las actividades y al resultado de las mismas («alimentos caseros», «productos de calidad», etc.), pero que son desarrolladas en condiciones ventajosas (con menor ruido y contaminación) respecto al medio urbano, comparación que resulta claramente desfavorable para éste tanto en términos espaciales como temporales («la vida acelerada», «un estilo de vida insano»... frente a la «tranquilidad»).

«5.–Ustet landaren ingurun ez?, lasaiago bizi gea beste inguru sanoagoa, beste bizimodu bat, ez da kaleko hiri baten... 4.(estrés) 5.–estresa hori ez?. (...)

3.–...nik uste bizimodua askoz desberdina dala. Bai fisikoki ere juten zeanean herri haundi batera edo hiri batea ia ikusten dezu zarata, mugimendua jendea nola dabilen behintzat hemen gauzak honea etortzen danean herrira etortzen zarenean adibidez etxetikan inpresioa oso desberdina da ez, aurkitzen zara jendearekin, bueno pues agurtu egiten dezu, hitzegiten dezu eta hori leku askotan gaur egun ia galtzen ari da.

4.–herri txikiko goxotasun hori ezta?»¹⁵ (G.1)

2.3. Aspectos básicos que inciden en la salud: alimentación, ejercicio y ritmo de vida

Toda definición de salud conlleva una referencia a aquellos aspectos relacionados tanto con su promoción como con su menoscabo. En el caso que nos ocu-

¹⁵ «5.–Creo que en el medio rural, ¿no?, creo que vivimos más tranquilos, el entorno es más sano, es otro modo de vida, no es igual que vivir en una ciudad... 4.–el estrés 5.–el estrés ése, ¿no?

3.–...yo creo que el modo de vida es totalmente distinto. Sí, físicamente, también cuando vas a un pueblo grande o a una ciudad ya oyes ruido, y la gente que anda de un lado para otro; aquí, al menos, las cosas son diferentes, la impresión es totalmente diferente, en la calle te encuentras con gente, le saludas, hablas con ellos... y, bueno, eso en muchos sitios se está perdiendo.

4.–la calidez de los pueblos pequeños, ¿verdad?» (G.1)

pa, el de las mujeres que viven en el medio rural de la CAE, dicha referencia está especialmente ligada a la alimentación, el ejercicio físico y el ritmo de vida.

2.3.1. *La alimentación: fuente de salud y prevención*

Entre las mujeres de la generación intermedia se le concede una mayor importancia al *conocer* (aprendiéndolos) unos hábitos saludables de vida cotidiana, así como *mantener* dichos hábitos y *enseñarlos* a la familia. Desde este punto de vista, las buenas prácticas en términos de salud estarían relacionadas con fuentes de conocimiento de diversa naturaleza aunque complementarias entre sí: la tradición familiar (madres), la consulta pediátrica (discurso médico-científico en relación con hijas e hijos), las redes personales (otras madres y amigas), los medios de comunicación (televisión, radio, revistas, periódicos, etc.) además de criterios normativos (de guarderías y comedores escolares, por ejemplo).

Estas mujeres se consideran responsables tanto de la salud como de los hábitos saludables de ellas y su entorno familiar, de ahí que entiendan *la prevención* no sólo como el hábito de acudir a las revisiones médicas que están ligadas a la red sanitaria (ginecología, odontología, pediatría) sino también como el necesario *cuidarse para mantenerse en buen estado*, ligado a hábitos cotidianos que inciden en la salud y entre los que se cuenta para estas mujeres aquel de la alimentación.

«Comer limpio» es una idea relevante en el discurso de las mismas respecto a dichos hábitos saludables (las buenas prácticas para la salud con referencia explícita a temas como el colesterol, la tensión o la obesidad). Un *comer limpio* que significa comer verdura, fruta, poca grasa, menos pre-cocinados... es decir, significa cocinar en casa, con lo que ello supone de tiempo y trabajo. Asimismo, se hace hincapié en la confianza respecto a los productos de alimentación. En este sentido, el medio rural les ofrece una mayor confianza respecto a los alimentos que se consumen por el mayor conocimiento directo del origen de los mismos (incidencia de la cadena corta: animales y huertas cercanas o conocidas) en un contexto de cada vez mayor incertidumbre hacia la seguridad de dichos productos.

«5.–baratzarik ez dauket baino bueno, asteartetan plazan eostet o sea que ondo

3.–nire kasuan gizona baserrian dago, bea oso ondo arduratzen da (Barrreak)

3.–baserritarra da, bea artzaia da baita ere eta ordun bai.

5.–eta hori danakin haragiarekin ere bai, ahazten bazaizu baten bati eosten iozu, eta arkumak ere bai eta ogiya eta nere kasun

3.–oilaskoak eta...

4.–beitu

5.–jan aldetik beti ere bueno nahiz eta beti beti zeoze faltaezu baina dakazu aukera hori (...) 3. Badakizu nola hasita dagoen (...)

5.–Behintzat zuk hazten zu etxen bakizu ze ematen iozun, ordun kontrolatzen dezu gehiyo, zerbait txerri bat eo ardi bat edo aurkuma edo txahala badakizu ze ematen ari zean. Zuk aukazu aukera o ekologikoa ematia o pensu on bat baino bueno behintzat haragitera jun eta...

3.–eta zuk ez baldin badaukazu badakazu ba bueno... 4.–bai

3.–ba ondokoari hil zai eta orduan badakizu ondokoak ere nolako prozesua eramaten duen baita ere.

5.–Hor txahala bat ematen baue dakazu aukera ba erdiya eo osoa eostea eo... Ordun beti, ba bueno hoi kalean ezin dezu ein, ezin dezu txahala bat sartu kongeladorean (*Barreak*) pues ba beazu igual gela bat, oi hemen daukazu konsejuko txerriya, eo erdibana eitezu eo, arkumak behintzat janari aldetik»¹⁶ (G.1)

Prácticas culinarias, entre las que se cuentan la selección y preparación de alimentos, que estas mujeres han aprendido de sus mayores, a su vez mujeres, quienes aún hoy en día continúan cocinando no sólo para ellas mismas sino también para la familia extensa. Mujeres de la generación mayor que inciden igualmente en una alimentación más «limpia», habiendo así cambiado algunas de los hábitos por los que se regían en las comidas (menos grasas, azúcares, etc.), pero sobre todo insisten en lo pautado de las mismas (comer a sus horas, cantidades adecuadas, etc.) como aspecto saludable para una vida ordenada.

¹⁶ «5.–no tengo huerta, pero, bueno, los martes compro en el mercado, o sea que bien.

3.–en mi caso mi marido está en el caserío y él se preocupa de todo (*Risas*).

3.–es agricultor, también es pastor y entonces pues bien.

5.–y eso con toda la comida, también con la carne. Si se te olvida, pues, le compras a alguien del entorno, también las ovejas y en mi caso también el pan.

3.–los pollos y...

4.–mira

5.–en lo que se refiere a la comida, al menos, si te falta algo siempre tienes esa opción (...) 3. Ya sabes cómo se ha criado (...)

5.–Al menos los crías tú en tu casa y ya sabes qué les das de comer, y entonces controlas más. Ya sabes lo que le das a un cerdo, a una oveja o a un cordero... Tú tienes la opción de dar algo ecológico o darle pienso, pero, bueno, ya sabes cómo es esa carne...

3.–y aunque no tengas animales, pues tienes la opción de pedir... 4.–si

3.–pues, esperas hasta que lo sacrifique tu vecino, porque ya sabes también como se ha criado.

5.–Si tienen ternero, pues, tienes la opción de comprar la mitad, entera o... Eso siempre, y en la calle, pues, no tienes esa opción. No puedes meter un ternero en el congelador (*Risas*), pero si tienes una habitación, pues, eso lo tienes aquí, (...) y haces a medias, o, en lo que respecta a la comida al menos, pues, tienes cordero...» (G.1)



Desde el punto de vista de las mujeres la comida está muy directamente relacionada con la salud y por ello se preocupan de aprender hábitos saludables que ellas mismas se encargan de mantener y enseñar en la familia. Son importantes tanto las prácticas culinarias (cocinar), como el orden en los horarios y la calidad de las materias primas, aunque en cada generación se da más importancia a una u otra cuestión. La cadena corta (animales y huertas conocidas o cercanas) es muy apreciada porque, en un contexto en que cada vez hay más incertidumbre con respecto a la seguridad de los alimentos que consumimos, ésta da confianza.

Ahora bien, entre las mujeres pertenecientes a la generación joven, el comer limpio se concreta en un «comer bien» identificado con el hábito familiar de cocinar –y representado por la madre, quien cocina en casa–, pero en modo alguno integrado en su vida cotidiana, dominada por «las prisas». Un comer bien que además ha de vérselas con ciertas prácticas de alimentación dominantes, por lo general más atentas a «la talla» que a otras razones¹⁷; prácticas a través de las que se manifiesta la toma en consideración del canon estético vigente, al que el propio cuerpo ha de ser capaz de adecuarse, planteándose esto en no pocas ocasiones como una imposición social generadora de malestar per-

¹⁷ La mención explícita del canon estético y de la talla como su corolario, resulta un elemento que conforma la subjetividad del propio cuerpo por parte de estas mujeres jóvenes en el medio rural; noción que, por otra parte, comparten con las mujeres jóvenes en el medio urbano (a tenor del trabajo de campo realizado como contraste en el presente estudio).

sonal. Aunque éste conoce diferentes grados a tenor de las vivencias de cada una de las entrevistadas (yendo desde su asunción hasta su contestación más o menos activa), las mismas se muestran sin embargo coincidentes en la apreciación de que por cuidar excesivamente la imagen se puede incluso perder la salud.

2.3.2. *El ejercicio físico: una cuestión controvertida*

La promoción de la salud, a través de distintos programas y proyectos dirigidos al fomento y desarrollo de actividades favorables a la salud tanto de individuos como de poblaciones, hace frecuente hincapié en la realización habitual de ejercicio físico. Pero la generalización abstracta de esta recomendación, válida para cualquiera en cualquier lugar, se problematiza si atendemos a la significación social de dicha práctica tanto en términos de género como de generación.

En efecto, no hace ejercicio físico quien quiere sino quien puede y de la manera que elige. Puede percibirse claramente estas diferencias si atendemos a la manera en que se entiende el ejercicio físico por parte de las mujeres de la generación joven, para quienes se trata de *hacer deporte en tiempo de ocio*, esto es, una determinada forma de hacer ejercicio (deportivo) que supone tanto un espacio especializado (gimnasio, circuito, etc.) como un tiempo propio (para su recreo y esparcimiento) del que disponen, en general, con mayor asiduidad que las mujeres de la generación intermedia.

Por su parte las mujeres de generación intermedia otorgan al ejercicio físico una gran importancia para la propia salud al tiempo que comparten, respecto al mismo, una sensación de estar sometidas a cierta imposición social para acometerlo.

«3.–hoi nitzako zaila. Nik janariakin da bai, janaria nik uste inportantea dala baina beno ejertzizio asunto hori ...nik neuretzako, hombre bai pixkat pixkat ona, baina hori gertatzea gero ba alde batetikan dago zuk gogua eukitze o sea, gustatzia, ez baldin bazaizu gustatzen eh eh ba nola esan, ba zeuk behartzea eh gustatu ez baldin bazaizu gauza hori,o sea que ejertzizioa adibidez

1.–ein behar hori izaten da ez, ein behar hori

3.–Ein behar hori , ein behar hori, hortako egin behar da, ba hori nonbaiten apuntau edo zeatu ez zela deitzen da, egun bat edo bitan o, eh zeuk zeure kabuz

1.–Bai behartu

3.–Zeure kabuz ez daukazu hori eiteikan, ordun ba ze gertatzen da hemen badau familia, umiak, lana kanpuan, etxia eta hor gero gainea esateizue ba oain gainea egin behar dezu ba banobaitten apuntau o igarileku batian edo ibili hiru ordu laureen...»¹⁸ (G.4)

Aceptando y haciendo propio el mensaje vehiculado por las campañas institucionales que abogan por tal ejercitación como práctica saludable, se encuentran con que dicho mensaje choca frontalmente con las disponibilidades de su vida cotidiana, marcada por una multiplicidad de tareas que les mantienen no sólo ocupadas sino pre-ocupadas, esto es, ocupadas –y en todo momento– de antemano. Situación que resulta aún más acusada entre aquellas mujeres con hijos e hijas de corta edad a su cargo ya que llegan a identificar ese tiempo dedicado a hacer ejercicio como un tiempo restado a su dedicación hacia éstos y éstas¹⁹. Todo lo cual genera un malestar y un sentimiento de culpabilidad al no poder cumplir con ello por falta de tiempo propio que poder destinar al mismo.

«Honbre, egin beharko nun (kirola), ahal ahal ba bai, nik uste izango nula posible, baina izan beharko zan, beste gauza batzuk utzita, ze ni oain adibidez saiatzen naiz etxea goizetan joaten naiz beatziterditako lanea, baina klaro, denbora hortan, zaharrena preparatzen det eta jeisten det hemen autobusa beatzik hogeigutxiako igotzen naiz gora, txikia hartzen det eta beran, umek jeiki, gosarik eman, nere amai etzaio gustatzen asko aldeten gauzak inda, etxetik atea-tzea, gutxienez ohia, gauzak inda, ordun ba goizan ezingo nun. Atsalden etor-

¹⁸ «3.–Eso es difícil para mí. Yo con la comida sí, creo además que es importante, pero para mí hacer ejercicio físico, pues no sé... para mí hacer un poco de ejercicio es bueno, pero si no tienes ganas de hacer ejercicio o no te gusta, pues, cómo diría, obligarte a ti misma a hacer una cosa que no te gusta, eh, si no te gusta eso, el ejercicio, por ejemplo

1.–es ese tener que hacer ejercicio, ¿no?

3.–Tener que hacer, el tener que hacer ejercicio, pues, eso, puedes hacerlo apuntándote en algún sitio, eh... como se llaman esos sitios..., para ir una o dos veces a la semana, o puedes hacerlo por tu cuenta

1.–Sí, pero obligar

3.–Por tu cuenta no puedes hacer eso, entonces qué pasa, aquí ya hay familias con niños, que trabajan fuera de casa, luego tienes que hacer la casa... y luego, además, te dicen que tienes que apuntarte en algo, que ahora tienes que hacer algo, irte a la piscina, caminar tres cuartos de hora... » (G.4)

¹⁹ Podemos distinguir claramente una diferencia de género en esta situación, por cuanto los hombres de esta misma generación, padres de hijas e hijos de corta edad, cogen con mayor facilidad ese tiempo dedicado al ejercicio físico aunque sea un tiempo menor que el que realizaban cuando aún no lo eran.

tzen naiz ba ordubik laurden gutxi ordubik, bazkaldu eta haurtzandegitik jasozten det ia txikia, oain ia astelehenetik aurrea lauterditan etorriko da bestea, umeez zortzirak alde hola, bean dutxa, retirada, ordun tarte hortan, eta umee-kin baita noiz eonber naiz,ez, esan nahi dizut bueno»²⁰ (E.6)

Por su parte, el ejercicio paradigmático entre las mujeres mayores es el del paseo; pasear es concebido por éstas como un hábito cotidiano que implica tanto un ejercicio físico como la compañía de quienes comparten dicha actividad, lo que le convierte en doblemente saludable.



El paseo es ejercicio físico, amistad y contacto con el entorno natural, a un mismo tiempo, lo que le convierte en una actividad muy valorada por las mujeres, si bien no siempre se dispone de tiempo necesario para practicarlo.

²⁰ «Hombre, tendría que hacer (deporte), si se puede pues sí, yo creo que ya podría hacer, pero para eso tendría que dejar otras cosas, porque yo ahora lo intento... Para las nueve y media tengo que ir a trabajar, pero, claro, antes tengo que preparar a la mayor y tengo que bajarla a que coja el autobús, para las nueve menos veinte subo de nuevo arriba, cojo a la pequeña, y tengo que despertarlas, darles el desayuno... A mi madre no le gusta mucho hacer esas cosas, entonces tengo que dejar hechas las cosas que puedo antes de que me vaya de casa, al menos, la cama, algunas tareas... entonces, pues, por las mañanas no podría hacer. Por la tarde llego a las dos menos cuarto, más o menos, como y recojo a la pequeña de la guardería, y ahora, a partir del lunes, la otra vendrá alrededor de las cuatro y media, y luego las niñas a las ocho más o menos, pues, tienen que ducharse, y entonces, nos vamos a casa. Y en ese espacio de tiempo pues estoy con las crías, si no, cuándo tengo que estar, quiero decirte» (E.6)

2.3.3. *Ritmo de vida: estrés y relaciones personales*

La vida cotidiana muestra dos caras opuestas: la una, en negativo, del estrés que dicha vida supone (sobre todo para las generaciones joven e intermedia) y la otra, en positivo, de las relaciones personales.

El estrés se menciona vívidamente entre las mujeres de la generación joven e intermedia, si bien en el caso de estas últimas se encuentra en estrecha relación con la multiplicidad de tareas que constituyen su jornada; no en vano, son ellas las que se hacen cargo de un amplio abanico de cuidados, entre los que se cuentan los referidos a hábitos de salud y a situaciones de enfermedad, además de atender otras ocupaciones incluyendo la de un trabajo remunerado (cuando lo haya).

Frente a la idea del estrés como un factor eminentemente urbano, ha de señalarse que éste se ha instalado igualmente en el medio rural. A pesar de ello estas mujeres distinguen el estrés urbano del rural, mencionando que la especificidad del medio rural provee de unos recursos que permiten gestionarlo mejor pues, si bien se comparte con lo urbano un determinado estrés propio del ritmo de vida actual, el medio rural ofrece elementos (tranquilidad, esparcimiento, ausencia de ruido...) que lo atenúan.

Por otra parte, las relaciones personales (estar con las amigas, participar de actividades recreativas con otras mujeres...) constituyen un factor central de la salud emocional, subrayada con énfasis por parte de las mujeres entrevistadas de todas las generaciones. En particular, las pertenecientes a la generación intermedia son muy explícitas a la hora de señalar tanto la falta de un tiempo propio como la necesidad de un cambio en la manera de gestionar el tiempo ocupado (aprendiendo a delegar las mujeres y asumiendo más los hombres las tareas de cuidados). Aspectos todos ellos que dan idea de la *posición social descentrada* que les caracteriza y que se refiere a la percepción, compartida, de no estar en el lugar adecuado, de tener que estar en otro sitio o realizando otra actividad. Apareciendo con distintos niveles de intensidad entre las mujeres de generaciones intermedia y joven, en el caso de la generación intermedia tiene que ver con las responsabilidades de cuidados asumidas y entre las mujeres de generación joven con las diferentes tareas y actividades (amigos, familia, estudios, ocio, etc.) que llevan a cabo y con las expectativas que ellas perciben que la sociedad les impone (tallas, trabajo, estudios...). En el siguiente diálogo, mantenido por tres mujeres de la generación intermedia, se perciben claramente los deberes, las necesidades, las contradicciones... de que venimos hablando:

«2.–Oixe bai denbora, nik ustet ba berez onena izango litzateke ba onena aurkitzea ba hauxe: preparau, eh pentsau, in baino bai askotan presaka ta korrika ta bueno, zeozer ein eta listo, nere kasuan adibidez, edo ze gorputza dauken.

3.–Edo ba bestela beti zaude ba hori, pendiente ba zeure buruari zeau beharrin, eh beittu beharrin, ba beti, karo, umiak eta lenengo etxeko jira hori eta, zeuk denbora hori hartzen badezu, pentsatzen dezu: jo zeoze aize-ala eitten gainea... ez dakit nola esan baina,

2.–Bai bihar ez bada gaur nola hala atea eitten dezu nonbaitetikan

1.–Utzi eitten duzula, beste zerbait!

3.–Hau egin beharrin, eon behar nun beste zerozer eitten, ordun ba horrek...

2.–Nik uste non, nei bakarrik gertatzen zidala hori.

3.–Ez, (barre ironikoa) Askotan gertatzea

1.–Jo bai baina

2.–Bai beti aurrena umiak eta.. ama izatea asuntua dela ustet hori.

3.–Bai lana bai..

1.–Bai hori ni ia.., hor ez naiz sartzen, ni ez naiz ama (barre egiten du). Baina bai, nik hori kanpotikan ikusteet ikusteet.

3.–Bai, bai

1.–Karo ezberdina da zuk zeure burua zaindu behar baldin badezu eta denbora guztia daukazu zeuretzat! Ze egia da denbora asko daukazula zeuretzat, o lanetik etorri etxeko lana gehi umiak, ni pentsa, ni ere askotan butakan eseri eta han geldituko nitzakela

3.–Klaro

1.–Eta nei asko gustatzen zait iluntzian, gimnasioan apuntau naiz gehien bat, egia da, beste jende batzuek eh harremanetan eoteko ez. Ze egia da herri txiki batek ere hori asko mugatzeuela ez, askotan ez. Ze egia da, ba bueno astean zehar jendeak ia ez du ertetzen»²¹ (G.4)

²¹ «2.–Eso el tiempo, yo creo que lo mejor sería tener tiempo: y haces algo, pero siempre a prisa y corriendo, en mi caso, por ejemplo, haces algo y listo

3.–O sino, siempre tienes que estar pendiente de ti misma, pero, claro, primero son los críos y recoger la casa, y si te tomas ese tiempo libre, pues, piensas: estoy haciendo algo, pero... no sé cómo decir,

La situación generalizada de estrés, tan perjudicial para la salud de estas mujeres entendida en términos de bienestar personal, está muy ligada a la percepción de no estar nunca en el lugar adecuado, de tener que estar en otro sitio o realizando otra actividad... Esta *posición social descentrada* de las mujeres, si bien aparece con distintos niveles de intensidad entre las mujeres de generaciones intermedia y joven, en el caso de la generación intermedia tiene que ver con las responsabilidades de cuidados asumidas y entre las mujeres de generación joven con las diferentes tareas y actividades (amigos, familia, estudios, ocio, etc.) que llevan a cabo así como con las expectativas que éstas perciben que la sociedad les impone (tallas, trabajo, estudios...).

Una de las claves para superar este descentramiento social de las mujeres, lo que sin duda alguna redundaría en una notable mejora de su salud, se localiza en una mayor delegación de tareas por parte de las mujeres así como en la asunción de responsabilidades por parte de los hombres.

Las sensaciones de «estrés», de ritmo de vida acelerado y del descentramiento que ello produce en la generación intermedia quedan reflejadas en el siguiente diálogo:

«3 Ta presaka dana ta.

1 Ya

2 Ez geala zaintzen sin mas.

3 Ez gorputzez eta ez buruze ez gaude, danak zorauta, presaka bizi gea (Barreak)

2.-Si no es mañana para hoy sacas tiempo de donde puedas

1.-¡Que tienes que dejar otra cosa!

3.-En vez de hacer esto, tendría que estar haciendo lo otro, y eso, pues...

2.-Yo creía que eso sólo me pasaba a mí.

3.-No (risa irónica). Pasa muchas veces.

1.-Sí, pero...

2.-Sí, creo que siempre van por delante los críos y lo de ser madre.

3.-Sí, tiene trabajo, sí.

1. Yo ya en eso no me meto, yo no soy madre (se ríe). Pero, sí, yo ya veo que tiene trabajo.

3. Sí, sí.

1.-¡Claro, es diferente si tú tienes que cuidarte de ti misma y tienes todo el tiempo para ti misma! Porque es cierto que tienes mucho tiempo para ti, pero cuando vienes del trabajo y tienes que hacer las labores de casa más cuidar a los críos... mira, yo también muchas veces me sentaría en la butaca y me quedaría allí.

3.-Claro.

1.-Y a mí me gusta mucho salir por la noche, me he apuntado en el gimnasio, no sé, para estar con otras personas... Porque es verdad que vivir en un pequeño pueblo te limita más. La gente entre semana ya no sale a la calle» (G.4)

2 Eta gero denbora daukaunian ez deu ezer eiten.

3 Telebisiyuen jarri ta etzan. (Isilunea)

3 Bakoitze bere era guez.

2 Bakoitza bere mundun. Nei inporta zaitena eta bestiaire inporta diyona. Baino hori sikologikoki... (...)

3 geo astea pasau jutezea etxea ta nahi dezu dana eittie etzea aillatzen ezer eittea...

2 Estresauta, modan zion da oain hori (Barreak)

–dena dela zer gura dozue egitea etxera ailegatzen zarenean

1 Jardute gea zeozertan.

3 Han ein einber.

1 la gaina geo nik uda pasa det lanian

3 Nike bai, astebukaeran lana, lana ez nahi dezu dirue, naezu lagunekin...

2 Dana nahi dezu ein

3 Erropak erosi nahi dezu eztakit zer, dana naezu ta...

1 Azkenian konklusiyua da dana dirua

2 Baina ez zaizu aileatzen, nire jutenaunian lana, lagunak, bestia famili-yakin eon nahi txakurrakine pixkat bai eta ezin naun eta gero zeure buruakin hasarretze zea

(Denak batera)

2 Ezin din ona izan hola presaka bizitzia, lasai bizi berko genuke»²² (G.4)

²² «3 Y haces todo a prisa y corriendo. 1.–Ya

2 No nos cuidamos, sin más.

3 No estamos bien ni corporalmente, ni mentalmente, todos estamos locos, vivimos de prisa y corriendo (Risas).

2 Y luego cuando tenemos tiempo no hacemos nada.

3 Poner la televisión y tumbarte. (Silencio)

3 Cada cual va a su aire.

2 Cada uno en su mundo. Lo que a mí me importa y también lo que le importa a otro. Pero, eso, psicológicamente... (...)

3 luego, termina la semana, te vas a casa y quieres hacerlo todo, pero, claro, no tienes tiempo para hacerlo...

2 Estresada, ¿eso está de moda ahora, verdad? (Risas)

Las mujeres pertenecientes a la generación mayor atribuyen el estrés a las generaciones posteriores; en su caso, el ritmo de vida aparece ligado al *estar activa*, en el doble sentido de mantener relaciones sociales habituales (estar y/o ir con las amigas, jugar a cartas, pasear...) tanto como desarrollar la actividad cotidiana habitual (tareas de la casa, en la huerta, para la familia...) sin perder autonomía personal, esto es, no ser dependiente o serlo en el menor grado posible. Un «estar activa» que, por tanto, se vincula con trabajo pero sólo con determinado tipo de trabajo, aquel directamente relacionado con el cuidado de las personas de su entorno. De hecho, diferencian claramente esta actividad que ahora les ocupa de aquella que ellas han realizado a lo largo de su vida, trabajos (agrícolas y de cuidados) socialmente invisibilizados. Señalan hasta qué punto, este tipo de trabajo ha dejado secuelas (por las posturas, estar a la intemperie, coger pesos...) en muchas mujeres («encorvadas» frente a las de ciudad «más tiesas»).

Estas mujeres coinciden con las más jóvenes en señalar la importancia para la salud de un *ritmo de vida ordenado*, lo que se traduce en respetar unos horarios regulares (tanto de alimentación como de descanso), si bien éstas no siempre lo llevan a efecto dadas sus prácticas habituales de comidas a deshorras o salidas nocturnas, por ejemplo, a pesar de considerarlo claramente saludable.

2.4. La enfermedad: irrupción en la cotidianidad

La enfermedad remite a diferentes situaciones, no queridas, de dependencia y limitación («limitazio ikaragarria»), siendo así considerada como una experiencia difícil, que «irrumpe» y «te cambia la vida», no sólo la vida de la persona afectada sino también la de quienes conforman su entorno más cercano («la enfermedad es igual para todos, lo que es distinto es la forma de vivirla»).

—de todos modos ¿qué os gustaría hacer cuando llegaseis a casa?

1 Ya hacemos algo.

3 Sí, en casa no tienes más remedio.

1 Ya, además yo he pasado todo el verano trabajando.

3 Yo también, los fines de semana he estado trabajando, trabajo no, pero quieres dinero, estar con los amigos...

2 Quieres hacerlo todo.

3 Comprar ropas..., queremos todo...

1 Al fin y al cabo, la conclusión es que todo es dinero.

2 Sí, pero no te llega. Yo también voy a trabajar, quiero estar con mis amigas, con la familia también, un poco con el perro, pero no tengo tiempo para todo, y al final me cabreo conmigo misma.

(Todas a la vez)

2 No puede ser bueno que vivamos así, corriendo, tendríamos que vivir con más tranquilidad»
(G.4)

«hori ez da erosten gaixotasune, gaixotasune aila itxen da eta neuri, zuri hortxen dabil zeñi toka, itxuri danez primitibin morun batzui tokaten jaku beti primitibi eta gaixotasuna beste batzuei»²³ (E.9)

Según la experiencia vivida por aquellas mujeres que han pasado, bien ellas mismas bien personas que les son próximas, por una grave enfermedad se distingue entre *ser enferma*, lo que está relacionado con la dependencia o degradación limitante, y *tener una enfermedad* que admite una vida cotidiana no dependiente («aprender a vivir con ello», «llevarlo bien...»). En este sentido, se manejan distinciones entre enfermedades *normales* («las que hay que pasar»), enfermedades *crónicas* («que se pueden asumir adaptándose») y enfermedades *finales* («que cambian a la persona»).

En algunos casos las vivencias de enfermedad pueden conllevar una retórica de combate y lucha contra la enfermedad, dando así lugar a una constelación de imágenes negativas asociadas a la misma (dolor, sufrimiento, malestar, miedo, sentirse «no viva»...)²⁴. Bien es cierto que, percibida desde fuera, la enfermedad es vista como algo estático (un estado: el de estar enferma) y, en cambio, desde dentro, la enfermedad se vive de maneras diferentes pero en muchos casos como algo dinámico (un proceso, en el que participas y que puedes gestionar: cuidándote, informándote, colaborando con la red profesional, modificando y adaptando hábitos cotidianos...). No es de extrañar, por tanto, que la percepción de la enfermedad sea diferente según la generación considerada. Así, desde la generación joven se busca *defenderse* de ello, como de algo puntual, mientras que en la intermedia se pretende *prevenirla*, actuando por anticipación, y en la generación mayor *contrarrestarla*, para lo cual adquiere un gran protagonismo la red sanitaria²⁵.

La construcción social que supone el género al asignar e inhibir papeles, tareas, y actividades estereotipadas tanto en femenino como en masculino, atraviesa las percepciones de la enfermedad y la persona enferma. De hecho, las mujeres se reconocen como mejores enfermas que los hombres (quienes se señalan a sí mismos como «malos enfermos» y «pésimos pacientes») porque aguantan más, tienen más paciencia y, por otra parte, también se autorpresen-

²³ «la enfermedad no se compra, la enfermedad irrumpe en tu casa, y vaga por allí, a ver a quién le toca. Al parecer es como la primitiva, a algunos les toca la primitiva y a otros el estar enfermos» (E.9)

²⁴ Imágenes presentes igualmente en el tratamiento médico de ésta como bien muestra Sontag, 1980.

²⁵ Conviene recordar que, en situación de enfermedad, las personas mayores que viven solas constituyen uno de los colectivos más vulnerables. Ante la ausencia de familia con la que convivir, compartiendo la casa, tal situación produce miedo e inseguridad respecto a la idea de una falta de autonomía por no encontrarse bien físicamente, dejando así de valerse por sí mismas. Incertidumbre y desazón que la opción de trasladarse a una residencia no soluciona, tal y como se verá en el próximo capítulo, por cuanto dejar la casa está muy ligado a un sentimiento de desarraigo personal.

tan como mejores cuidadoras de la persona enferma. Los hombres, a su vez, comparten esta representación de las mujeres sobre su mejor aptitud sobre la persona enferma señalando que son «más fuertes y resistentes» que ellos. Una percepción que legitima, una vez más, la actual posición de desigualdad de la mujer en las redes y tareas de cuidado. De cara a que dicha posición de desigualdad de las mujeres termine por erradicarse, resulta interesante ver de qué manera el género atraviesa las percepciones de enfermedad en la generación joven, pues se aprecia por parte de las mujeres pertenecientes a la misma que la imagen de esa mujer más capaz de asumir una situación de enfermedad, tanto por aguantar mejor el dolor como por ser más capaz de «comunicar», persiste, pero con menos fuerza porque se remarca que hay hombres de generación joven que ya no funcionan según los mismos patrones, masculinos, que los atribuidos a los hombres de las generaciones mayores

Por otro lado, vivir cuanto más alejadas del núcleo urbano hace que en momentos de malestar se apure éste hasta comprobar si se trata de una molestia puntual o no para decidir acerca del desplazamiento al servicio sanitario correspondiente. En este sentido, se menciona la mejora que ha supuesto la presencia generalizada de vehículos todo-terreno en caseríos y zonas alejadas con la consiguiente facilitación de movimiento y comunicación. Mejora en el transporte privado que, por una parte, no alcanza a solucionar situaciones de dependencia (sobre todo en el caso de personas mayores y aún más si viven solas) y, por otra, enmascara una deficiencia de servicios públicos de transporte que garantice este tipo de desplazamientos (dependiendo habitualmente de las hijas para realizarlos), por lo que las mujeres demandan un mayor interés institucional al respecto.

La menor disposición de equipamientos y servicios que caracteriza al medio rural puede suponer una desventaja cuando hay una enfermedad (o situación de limitación) que requiere la realización de determinadas actividades (caso de la natación, la gimnasia u otras similares) pues el medio rural puede implicar desventajas desde el punto de vista de la oferta de equipamientos y servicios. Por eso es importante que estas situaciones sean tenidas cada vez más en cuenta a la hora de gestionar los recursos sociosanitarios y plantear soluciones adaptadas.

Las asociaciones de personas enfermas y sus familiares aparecen como una figura de apoyo muy importante en situaciones de enfermedad tanto graves como crónicas. Apoyo en diversos sentidos: tener información, conocer otras experiencias y compartirlas; cada situación es diferente, dependiendo del tipo de enfermedad, cronificación, etc. De hecho, la relación con la asociación no suele romperse si bien puede haber momentos de mayor o menor participación. Las asociaciones ponen a la luz la dimensión colectiva de las personas con una

enfermedad, sus experiencias compartidas, necesidades y demandas (Herzlich y Pierret, 1991: 270-277).

En cuanto a las enfermedades profesionales específicas del medio rural, las mujeres agrarias de la generación mayor hacen referencia sobre todo a lo relacionado con los esfuerzos físicos del trabajo realizado durante años tanto en la explotación como en la casa, achacándoles su situación actual de enfermedades reumáticas, articulares, etc. Mujeres cuyo trabajo, socialmente opaco, no ha sido reconocido bajo una identidad profesional. Hoy en día, existe entre las asociaciones de mujeres agrarias y las organizaciones sindicales una preocupación respecto a la incidencia que en la salud de quienes trabajan en labores agrarias tienen no sólo los esfuerzos físicos (cargas excesivas, arrastres, etc.) así como la ergonomía sino también el uso y manejo de fitosanitarios y abonos químicos (nitrogenados, fosforados, etc.). Al respecto, se ha detectado entre las mujeres rurales entrevistadas una falta de consideración clara de los efectos perjudiciales que la aplicación de fitosanitarios tiene o tendrá sobre su propia salud y la de su entorno, centrándose únicamente en la incidencia que factores tales como ergonómicos y climatológicos han tenido o están teniendo sobre su salud.

«-el trabajar tanto, el coger patatas, siempre, yo he estado siempre toda la vida así, agachada

-*Agachada*

-Yo en la capital... y digo, ijo, pues, si vosotras vais más tiesas!, vaya son más... no sé» (E.3)

3. LAS REDES FAMILIARES: SALUD Y CUIDADO INSEPARABLES

Para las mujeres que han participado en este estudio, cuidar de las personas de su entorno resulta indisoluble de la salud. De hecho, en el desarrollo del propio estudio la dimensión de los cuidados ha ido adquiriendo protagonismo, porque desde el punto de vista de las mujeres es muy relevante cuidar de otros, cuidar de una misma y, en algunos casos, ser cuidada.

El hecho de que todo lo relacionado con el cuidado ocupe un lugar tan importante cuando se está hablando de salud, está muy relacionado con la idea amplia de salud, como concepto que va más allá de lo sanitario, tal y como ha sido recogido en el capítulo anterior. En este capítulo hablaremos del cuidado propio, es decir el cuidado de una misma visto desde las propias mujeres y también del cuidado de la familia, a la vez que trataremos de profundizar en todo lo relacionado con el cuidado de las personas mayores dependientes, porque se trata de un tema que preocupa especialmente a las mujeres.

Hablar de cuidados significa hablar de familia porque la familia constituye el núcleo central de los mismos. Ahora bien, la familia es un nodo inserto dentro de una red de personas que cuidan, se cuidan y son cuidadas. Esta red está constituida, además de por los hombres y las mujeres de la familia, por vecinas y vecinos, amigas y amigos y profesionales (médicas, enfermeras, asistentes sociales, profesionales de residencias, centros de día, pisos tutelados, ayudas a domicilio, personas internas, profesoras y otros profesionales que intervienen en la educación y el tiempo libre...). En cada caso las/los componentes de la red tendrán un peso diferente, es decir, si se trata de cuidar a un niño o niña pequeña madre, padre, abuelos, médicos se involucran de una manera y la situación sería muy distinta si hablamos de una mujer mayor con una dependencia que tiene familia, una que no la tiene, una de generación intermedia, alguien enfermo... Por eso a lo largo de este capítulo daremos cuenta del papel de las mujeres, de los hombres, de los profesionales... en cada situación. En definitiva nos proponemos dar cuenta de la manera en que esta red funciona desde la perspectiva de las mujeres que han participado en las entrevistas y grupos, destacando qué problemas surgen y cómo se les busca soluciones, cómo se integra el cuidado en la vida cotidiana y qué consecuencias, positivas y negativas, puede tener ello sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida.

Es interesante destacar que una de las principales características de la red consiste en que actualmente las mujeres además de formar parte de ella, reflexionan sobre ella; es decir, no sólo la viven sino que la miran de cerca y se miran a sí mismas participando de esa red, todo ello en un contexto de cambios en el mercado laboral, en la familia, en el sistema sanitario... que están en la raíz de los cambios que se están dando en los modelos de cuidado dado que así como la «salud» es un concepto que varía de una sociedad a otra, también los modelos de cuidado varían. La mirada de las mujeres sobre estos procesos varía sobre todo en función de la generación.

3.1. El cuidado de una misma en la generación intermedia

3.1.1. La dificultad de contar con «tiempo propio»

Entre las mujeres de la generación intermedia el cuidado de una misma tiene por lo general una presencia importante. Si bien hay que subrayar que para muchas de estas mujeres el autocuidado no es tanto algo que se hace sino algo que *se debería hacer* porque hay poco tiempo para dedicar al cuidado de una misma. El tiempo es tan escaso para estas mujeres que el autocuidado consiste en disponer de tiempo para una misma.

«3.–neretzako bai, 2.–bai

3.–osasuna denbora eukitzia nahi dezuna egiteko

1.–osasanik onena hori 2.–bai dudik gabe HA,HA,HA»²⁶ (G.6)

Tener hijos e hijas pequeñas, ascendientes en situaciones de dependencia fuerte o ejercer una actividad agrícola o ganadera, son factores que contribuyen a que el tiempo propio no exista o sea muy escaso.

«2. Oixe bai denbora, nik ustet ba berez onena izango litzateke ba onena aurkitzea ba hauxe: preparau, eh pentsau, in baino bai askotan presaka ta korrika ta bueno, zeozer ein eta listo, nere kasuan adibidez, edo ze gorputza dauken.

3. Edo ba bestela beti zaude ba hori, pendiente ba zeure buruari zeau beharrian, eh beittu beharrian, ba beti, karo, umiak eta lenengo etxeko jira hori eta, zeuk denbora hori hartzen badezu, pentsatzen dezu: jo zeoze aizeala eitten gainea... ez dakit nola esan baina,

2. Bai bihar ez bada gaur nola hala atea eitten dezu nonbaitetikan

1. Utzi eitten duzula, beste zerbait !

3. Hau egin beharrian, eon behar nun beste zerozer eitten, ordun ba horrek...

2. Nik uste non, nei bakarrik gertatzen zidala hori.

3. Ez,

(Barre ironikoa)

²⁶ «3.–para mí, sí. 2.–sí

3.–salud es tener tiempo para hacer lo que quieras

1.–eso es tener salud 2.–sin lugar a duda JA, JA, JA» (G.6)

3. Askotan gertatzea

1. Jo bai baina

2. Bai beti aurrena umiak eta... ama izatea asuntoa dela ustet hori...

3. Bai lana bai..

1. Bai hori ni ia..., hor ez naiz sartzen, ni ez naiz ama (barre egiten du).
Baina bai, nik hori kanpotikan ikusteet ikusteet.

3. (Bai, bai)»²⁷ (G.4)

Hay una frase en este texto «Nik uste non, nei bakarrik gertatzen zidala hori» que pone de manifiesto que estas mujeres perciben la ausencia de tiempo propio como un problema individual, pensando que no afecta al resto de mujeres que viven situaciones similares. De esta manera se está haciendo una lectura individual de una cuestión que es en gran medida social.

En este sentido, el *ejercicio* resulta emblemático de aquello que una debería de hacer para cuidarse pero que no hace, toda vez que la falta de un tiempo específico que dedicarle se debe a que el mismo se emplea en la dedicación a las múltiples tareas cotidianas cuya responsabilidad es asumida por estas mujeres, cansándoles, hasta el punto de vivirlo como una situación en la que el propio cuerpo no les pide hacer dicho ejercicio.

Como consecuencia de todo ello, aparecen dos actitudes bien distintas: una, la de quienes consideran el ejercicio como un autocuidado impuesto desde instancias ajenas y que no se hace, pues una no lo asume; otra, la de quienes sí querrían hacer ejercicio pero que no lo hacen desde que tienen hijos (mientras que sus parejas sí). Ahora bien, en cualquiera de los dos casos no hay

²⁷ «2. Eso el tiempo, yo creo que lo mejor sería tener tiempo: y haces algo, pero siempre a prisa y corriendo, en mi caso, por ejemplo, haces algo y listo

3.-O si no, siempre tienes que estar pendiente de ti misma, pero, claro, primero son los críos y recoger la casa, y si te tomas ese tiempo libre, pues, piensas: estoy haciendo algo, pero... no sé cómo decir,

2.-Si no es mañana para hoy sacas tiempo de donde sea

1.-¡Que tienes que dejar otra cosa!

3.-En vez de hacer esto, tendría que estar haciendo lo otro, y eso, pues...

2.-Yo creía que eso sólo me pasaba a mí.

3. No,

(Risa irónica)

3. Pasa muchas veces

1.-Sí, pero...

2.-Sí, creo que siempre van por delante los críos y lo de ser madre.

3. Sí, tiene trabajo sí.

1. Yo ya en eso no me meto, yo no soy madre (se ríe). Pero, sí, yo ya veo que tiene trabajo.

3. sí, sí» (G.4)

tiempo para ello y sobre todo no es el lugar donde una debe estar; esta *posición social descentrada* de las mujeres conlleva una sensación de desconcierto que genera estrés y la percepción de no estar en el lugar adecuado, de tener que estar en otro sitio o realizando otra actividad siempre que no se está con las personas que una «debe» cuidar: «hau egin beharrian, eon behar nun beste zeozer eitten, orden ba horrek...». Tal apreciación concita el acuerdo de todas las mujeres y es seguramente la clave de la percepción de no tener *tiempo propio*, *tiempo para cuidarse*.

Un claro ejemplo lo constituye la práctica del paseo. *Pasear* es un tipo de ejercicio que apetece pero que requiere un tiempo del que estas mujeres no disponen, ya que para llegar a ser conquistado como propio habrá de ser restado de aquél invertido en la realización de las tareas cotidianas (señalando como las más absorbentes el cuidado de hijos e hijas y el empleo, mientras que en segundo plano aparecen los demás cuidados referidos al hogar y ascendientes. Si bien el orden puede invertirse cuando se cuida de antecesores en situaciones fuertes de dependencia).



Para algunas mujeres, las más mayores de la generación intermedia, el cuidado de sí mismas es simplemente ignorado: ni se hace, ni se echa en falta. Otras intentan cuidarse, pero no es fácil tener «tiempo propio» (sobre todo para las de generación intermedia). Cuando lo tienen, una de las actividades más gratificantes es estar con las amigas.

También estar con la *pareja* (que se echa especialmente de menos cuando hay descendientes de corta edad), o con *amigas* es cuidarse, dado que son actividades que suponen tiempo dedicado a una misma. Tomarse ese tiempo para hacer algo que te gusta, ese tiempo propio que puede concretarse en quedar con las amigas para cenar, conlleva para algunas de estas mujeres la puesta en marcha de un dispositivo de organización que lo posibilite (dejar cumplimentadas de antemano las tareas domésticas: haber bañado hijos e hijas, dejar lista la cena de todos... aunque su pareja lo pudiera hacer); dispositivo organizacional que, sin embargo, se pone en marcha más fácilmente para quedar con las amigas que para hacer ejercicio, entre otras causas debido a la diferente frecuencia (puntual en un caso y más continuada en el otro) y también porque a la hora de priorizar en un contexto en que el tiempo es escaso, *la amistad se coloca por delante como «actividad» de tiempo propio.*



Las mujeres de generación intermedia envidian la capacidad de los hombres para disponer de tiempo propio, conscientes de que a ellas les cuesta mucho más, tanto por la multiplicidad de tareas que cubren como por una «sensación de tener que estar en otro lugar» que muchas de ellas comparten.

A los hombres parece costarles menos disponer de tiempo propio y esto es en gran medida una cuestión de socialización. De hecho, la mayoría de los hombres han sido socializados en una mayor priorización de las propias actividades (sean ya laborales ya de ocio) no contándose entre aquéllas las de cuidado (ya se refieran a situaciones domésticas, familiares, de enfermedad o de cualquier otro tipo).

Con respecto a la posición de los hombres, las mujeres de esta generación sí perciben una cierta mejoría en la actitud hacia la casa y la descendencia al comparar la generación de sus padres con la de sus parejas, pero no por ello se deja

de señalar por parte de algunas mujeres la necesidad de mayores cambios en la actitud tanto de hombres como de mujeres: ellos, aumentando su implicación emocional en las tareas no laborales y ellas, disminuyendo su responsabilización en las tareas de cuidado. En este sentido, resulta determinante no sólo el PODER sino también el SABER (o QUERER) DELEGAR el ámbito cotidiano no laboral. Ahora bien, es interesante señalar que si bien algunas mujeres demandan cambios, otras tienden a justificar la situación actual a partir de argumentaciones de tipo emocional, biológico, sociolaboral y educacional, con las que se explica esta mayor implicación de las mujeres en los trabajos de cuidado.

3.1.2. *Cuidarse mirando al futuro*

El cuidado de sí mismas se relaciona estrechamente por parte de algunas mujeres de esta generación con la idea de llegar a tener una vejez de calidad. A diferencia de las mujeres de la generación mayor, para quienes la calidad de vida se identifica con su vivencia del momento presente –dado que en su juventud y madurez no era un valor social en boga–, para la generación intermedia esa calidad de vida cabe ser proyectada hacia el futuro, hacia su vida por venir (para envejecer bien o en condiciones).

«...gazte batek urruti ikusteula asuntu hori, bueno ni neu jarrita, ba ezta it hamasei, hemazazpi, gu ia hamalau urtekin ziarroa erretzen genun, erretzaillea izan naiz. Oain dala urtebete utzi det eta zorionez utzi det, erretzaille izan naiz. Ordun zuk oso urruti ikustenzu osasuna, hamalau eta hamabost urtekin, ezta pentsaure eitten! Zea “una vitalidad” dana da zea, ez?. Zahar batek, hortako, hortakotxe bizi da, osasuna mantentzeko!. Eta gazte-heldu, izango geala gu, ni oaindik gazte-heldu hortan nao, ba bueno hasten zea beitzen osasuna. Ordun, nik ustet, nik e ezberdin bizi det ia osasun hori, ze nahi delako azken finean, bueno nere zahartzarora ba kalidade batekin izatia eta nahi nuke, ba bueno oain berrogetalau dazkatenian eta hirurogeita-lau dazkatenian ahal dan neurrian oain bezala eotia.»²⁸ (G.4)

Para las mujeres de generación intermedia, el tiempo propio es también un tiempo que poder dedicarse, prestándose atención y cuidados, interesadas

²⁸ «...los jóvenes ven muy lejos la vejez, pero, bueno, yo poniéndome en su lugar con dieciséis, diecisiete años, pues, nosotros también, con tan sólo catorce años fumábamos cigarros, hemos sido fumadores. Lo dejé hace un año afortunadamente, pero he sido fumadora. ¡Cuando eres joven, con catorce o quince años, la salud no te importa, ni te preocupas por la salud! Lo que se le llama «vitalidad» pues ¿es todo, no? Los viejos viven para eso, no, para mantener su salud. Y los jóvenes-adultos, yo estoy todavía en ese segmento, pues, empezamos a cuidar la salud. Entonces, yo creo, que yo también lo veo y vivo diferente la salud, porque quiero tener en la vejez, pues, una calidad de vida, y querría, pues, que ahora que tengo cuarenta y cuatro años, pues estar a los sesenta y cuatro años, si se puede, como ahora» (G.4)

como están en envejecer con una buena calidad de vida, esto es, no sólo con menores dolores y achaques sino también con la mayor autonomía personal posible. No en vano, desde su experiencia de mujeres que se encuentran en un ciclo vital intermedio entre la juventud y la vejez, apuntan que cuando se es joven la salud se vive (no se ve la salud ni se piensa en ella) mientras consideran, desde su experiencia en el cuidado y atención de sus mayores, que cuando se es mayor se trata ya de un vivir para mantener la salud (tomar pastillas, dieta sin sal...). Doble experiencia desde la cual estas mujeres comienzan a ver su salud en términos de llegar a disfrutar de una vejez, cada vez más cercana, con buena calidad de vida.

3.1.3. Ignorar el cuidado de una misma

Si bien la idea del cuidado de una misma tiene una presencia importante en la generación intermedia, destaca que entre algunas mujeres de esta generación, las de mayor edad, el cuidado de ellas mismas es simplemente ignorado pues ni se hace, ni se echa en falta. Como ya veremos más adelante, tanto las más jóvenes como las mujeres mayores conceden importancia al cuidarse, cada generación de una manera diferente, pero lo tienen en cuenta al fin y al cabo. Por eso destaca la existencia de un grupo de mujeres, las de mayor edad de la generación intermedia, que se sitúan entre unas y otras y que ignoran el cuidado propio. Han vivido quizás, a diferencia de las más jóvenes, una época en que el cuidado propio no existía para las mujeres y a diferencia de las más mayores, todavía no se han encontrado con problemas de salud significativos. Pero puede ser también que la escasa preocupación de estas mujeres por su propia salud, no sea pasajera. En realidad estas mujeres tienen muy interiorizado que ellas tienen que cuidar de todos (Davila, 2005); se consideran a sí mismas «más fuertes» y han ido asumiendo ese papel a la par que asumen el hecho de que sus hijas estén muy ocupadas y no vayan a poder cuidar de ellas tal y como ellas cuidaban de sus mayores. El asumir e interiorizar que una no va a recibir cuidados podría estar relacionado con no cuidarse ya que, llevado al extremo, podría implicar la construcción de una identidad en la que una desaparece como receptora de cuidados, incluyendo los autocuidados. Como veremos la perspectiva de las mujeres de generación mayor es distinta; ellas asumen cuidar, pero también reivindican su derecho a ser cuidadas, no al nivel al que lo fueron sus mayores, pero cuidados al fin y al cabo.

3.2. Las mujeres mayores cuidándose a sí mismas

3.2.1. El cuidado como algo nuevo

La idea del cuidado de una misma tiene un nivel de arraigo importante entre las mujeres mayores. Además ese «cuidarse» está muy relacionado

con tener tiempo y también información, si bien lo primero, el tiempo, tiene más peso que la información porque el tiempo (del cual se dispone porque se tiene una menor carga de trabajo), es la condición *sine qua non* para poder cuidarse.

Por eso las mujeres mayores consideran que es ahora cuando empiezan a cuidarse. Además de *trabajar menos* que antes y *tener más tiempo*, y en algunos casos también más información, el hecho de que sus hijos les cuiden tiene también un peso importante en algunos casos, de alguna forma pueden hacerles sentir que merecen ser cuidadas y pueden enseñarles determinadas cuestiones relacionadas con el cuidado que por pertenecer a otra generación ellas desconocían.

Las mujeres mayores consideran que *cuidarse es algo de «ahora»*, no de «antes», antes no se pensaba en clave de cuidarse:

«-1. Kolestorola aditu bez jentiek orduen

-bai

-1. Eta hil eitzen zien derrepente eta inork etzekixen zegaitxik hiltzen ziren eta ikusi zer zer da ta autosiarik pere ez.

-eta gaur egun

-1. Eta ordutik ona asko jo bueno ordutik ona aldeketeta itzela egon da eh ez orain asko zaintzen da jentie eta lehen ez zan zaintzen norberan buruegaitxik ein bier da ze zeuk ez baduzu ikusten jateko ez paduzu zaintzen zer jaten dozun ez poduzu eh»²⁹ (E.4).

Así pues podemos afirmar que la idea de cuidarse está presente hoy en todas las generaciones (con mayor o menor fuerza), mientras que en otra época ni siquiera lo estuvo en las generaciones que en principio más cuidados necesitaban.

²⁹ «-1. En nuestra época lo del colesterol ni se oía

-sí

-1. Y de repente alguien se moría, y nadie sabía por qué, y ni se veía lo que tenían, ni autopsia ni nada.

-y hoy en día

-1. De nuestra época a hoy en día, pues, ha cambiado mucho, ahora la gente se cuida mucho y antes nadie se cuidaba, pero tenemos que cuidarnos, porque si no sabemos lo que comemos y si tampoco cuidamos nuestra alimentación... » (E.4).



Para las mujeres mayores cuidarse es sinónimo de disfrutar, estar activas, estar con la familia. Aunque para algunas de ellas cuidarse está más relacionado con cuidar la comida y acudir regularmente a los profesionales sanitarios.



En algunos casos se producen situaciones de aislamiento que no se deben de pasar por alto, como señalan las mujeres entrevistadas, puesto que conllevan sensaciones de desprotección, soledad y tristeza.

3.2.2. *Las prácticas de cuidado*

Para las mujeres mayores que no tienen problemas de salud cuidarse es *disfrutar* de su entorno, mientras que para quienes tienen problemas de salud cuidar ciertos hábitos, fundamentalmente *la comida*, o *acudir regularmente a los profesionales sanitarios* tienen mucho peso y relativizan por tanto el peso específico de ese disfrutar en la definición de lo que significa cuidarse. También hay situaciones en las que el dolor y el miedo a las enfermedades o situaciones de dependencia adquieren tanta fuerza que desplazan la idea de cuidarse como disfrutar o como tener hábitos saludables (comida, paseos...), en estos casos el núcleo de la idea de cuidarse está constituido por ir al médico y realizarse revisiones. En mujeres mayores que no tienen familia, la enfermedad o la posibilidad de caer enferma producen con más frecuencia niveles más elevados de miedo e inseguridad que se instalan en la cotidianidad hasta el punto de desplazar otro tipo de emociones o sentimientos.

A pesar de que el peso de ideas tales como «disfrutar», «tener humor» y tratar de mantenerse alegres varía de unas mujeres a otras, todas ellas consideran que la *actitud* de una misma es muy importante a la hora de cuidarse, para sentirse sanas y sentir bienestar.

La *información* juega un papel fundamental porque ellas consideran que antes había muchas cosas que no se sabían; de todas formas, el cuidado de los demás tiene tanto peso que a menudo el camino a ese conocimiento que consideran importante para el propio cuidado, lo han adquirido intentando buscar respuestas para problemas de salud de las personas de su entorno. *En este conocer hábitos saludables y adecuados para sus situaciones respectivas, las mujeres mencionan más a menudo los medios de comunicación (sobre todo la televisión y algunas revistas) que al personal sanitario*. En concreto, hacen referencia a programas como magazines televisivos de divulgación de pautas de vida saludable, sugiriendo la posibilidad de que haya un programa de este tipo en euskera.

Por último es importante señalar que también acudir al personal sanitario constituye una práctica de cuidado para las mujeres mayores, si bien tanto las formas como los significados que adquiere esta práctica serán abordados posteriormente, en el capítulo dedicado a la dimensión sanitaria de la salud.

3.3. **El cuidado de las personas mayores visto desde sí mismas**

Ya hemos mencionado que los modelos de cuidado están cambiando. El modelo de cuidado de hijas e hijos ha cambiado y también lo ha hecho y lo va a seguir haciendo, el de las personas mayores dependientes. Este apartado va

a centrarse en la perspectiva de las mujeres de las distintas generaciones ante el cambio del modelo de cuidado de las mayores dependientes.

En el modelo tradicional de cuidado, la red era menos compleja y las tareas de cuidado eran protagonizadas exclusivamente por las mujeres de la familia. Hoy en día, cuando cada situación exige la intervención de otros muchos protagonistas a la hora de tomar las decisiones que se adopten, aparecen nuevos «agentes» implicados en el cuidado. De hecho, las profesionales adquieren un mayor peso (no tanto los profesionales, dado que la implicación de los hombres por la vía de la profesionalización es bastante escasa), pero también los hombres de la familia. Sin embargo, la red vecinal, en su día tan relevante, se hace mucho menos presente en la actualidad (esto ocurre también en el cuidado de niñas y niños). Asimismo, las jóvenes y los jóvenes tienen un peso relativo bastante pequeño, con la excepción de quienes viven en caseríos que como se verá más adelante muestran posiciones distintas en relación al cuidado. Por último, se está produciendo hoy en día un debate en torno a la posición de los propios mayores, destacándose lo importante de valorar y fomentar su autonomía. Es fundamental tener en cuenta que a pesar de los cambios en curso, las mujeres, bien de la familia o bien profesionales, siguen asumiendo una parte muy importante de los cuidados.

3.3.1. Incertidumbre y preocupación

Desde las mujeres mayores se percibe la crisis del modelo de cuidado con distintos niveles de incertidumbre y preocupación acerca de un futuro cercano en el cual probablemente no podrán cuidar de sí mismas.

Desde el punto de vista de estas mujeres, los cambios en el modelo de cuidado tienen que ver ante todo con el hecho de que las mujeres de edad intermedia han cambiado; ya no son como «antes». Como se verá más adelante, este *diagnóstico* difiere en determinados aspectos del realizado por las mujeres de la generación intermedia que hablan de cambios acontecidos a nivel social y no colocan la responsabilidad sobre las mujeres.

La *preocupación* y la *incertidumbre* acerca de *quién me va a cuidar* están presentes en las personas mayores con distinta intensidad:

- Las *mujeres sin hijos* tienen asumido que si llegan a una situación de dependencia no habrá una familia que les cuide y por tanto en estos casos puede haber un grado de preocupación y malestar (inseguridad) elevado por lo cercano de ese futuro.

- Distinta es la situación de las mujeres que teniendo *hijos, éstos han abandonado o van a abandonar la casa*, en estos casos hay un nivel de incertidumbre elevado, pero no hay tanto miedo: «No sé si se harán cargo, no sé, como no vives con ellos» (E3).
- Y por último en las situaciones en que hay hijos y las *tres generaciones conviven* en la misma casa, la sensación de incertidumbre es mucho menor; estas mujeres se sienten más relajadas con respecto a un posible futuro de dependencia.

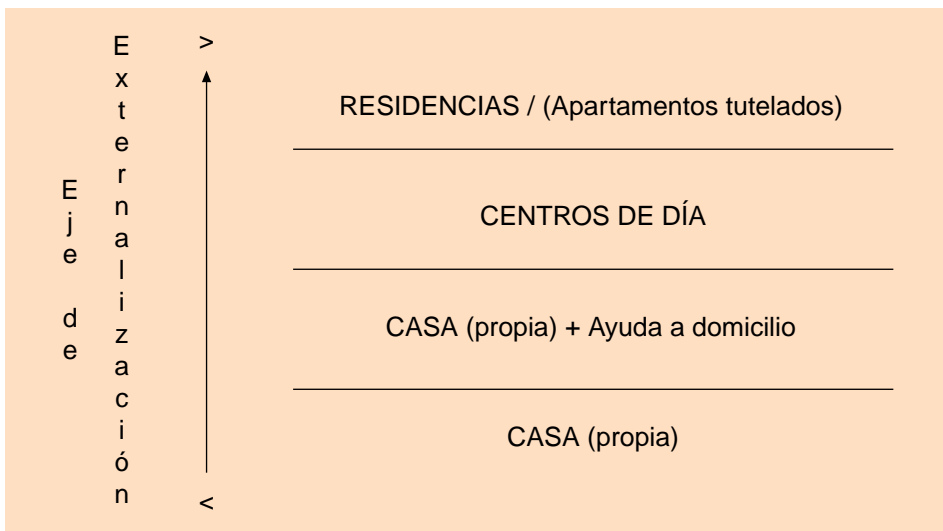
La preocupación y la incertidumbre, pueden estar presentes por tanto en cualquier mujer mayor, pero es más intensa y constante entre las mujeres que no tienen descendencia porque el cuidado en familia de los mayores que no son padres o madres (tías, tíos...) ha quedado básicamente descartado, se asume que no se va a producir.

3.3.2. *El derecho a ser cuidadas y el rechazo a las residencias y centros de día*

En este contexto de crisis y cambio de modelo lo que está en juego es por tanto el cuidado de madres y padres y aunque el posicionamiento de todos los mayores que tienen hijas e hijos no es siempre igual, todos comparten, con distintos matices, la interiorización del *derecho a ser cuidadas*. Este derecho se construye sobre la base de su propia historia de trabajo y de cuidado. Es una historia que tiene mucha fuerza a la hora de contextualizar su situación actual: ellas mismas y otras mujeres de su generación han cuidado a su pareja, a sus hijas e hijos, a sus padres y madres, suegras, suegros, tías y tíos, etc. Y por ello las mujeres que son madres tienen derecho a ser cuidadas en el contexto de la familia. Para ellas, ser cuidadas significa sobre todo no ir a una residencia y, a ser posible, tampoco a un centro de día.

De hecho, las residencias son sinónimo de «tristeza» y «abandono», constituyendo una opción para las personas mayores cuyas familias eluden la responsabilidad de cuidarlas. Las residencias son uno de los elementos que componen la red de cuidado de las personas mayores y suponen el polo de mayor externalización de las tareas de cuidado, de colocar las tareas fuera de la familia y en este sentido representan la mayor «amenaza».

El término *externalización* se refiere a sacar los cuidados que tradicionalmente han sido realizados por la familia, fuera del ámbito familiar. En este sentido tanto las residencias, como los centros de día o hasta la ayuda a domicilio constituirían maneras distintas de externalización tal y como refleja el siguiente gráfico:



A cada sociedad le corresponde un modelo de cuidado. En la nuestra se está viviendo una situación de cambio porque el cuidado en familia de las personas mayores dependientes ha entrado en crisis y no hay una red pública fuerte, o al menos no tan fuerte como en otros países, de residencias, centros de día y, sobre todo, de ayuda a domicilio.

Desde el punto de vista de las mujeres de generación mayor, la familia le debe a la persona mayor su cuidado, de ahí que las residencias sólo se aceptan si hay una petición expresa por parte de la persona mayor o en caso de que ésta no tenga familia. Se admite también que vayan a la residencia tíos y tías, que antes permanecían en casa (si bien en el caserío actual, donde conviven varias generaciones, en algunos casos subsiste todavía la figura del tío o tía soltera). En la entrevista mantenida con una mujer de generación mayor queda reflejada la perspectiva de las mujeres mayores acerca de los cambios que en este sentido se están produciendo:

«pentsatu zazu badaudela pertsonak oporrak pasatzeko, ama eman zaharetxe horietako batera D.ra eta gehiago ez dia azaldu bila... zuk esango diazu nerri? eta "y yo no voy a hipotecar mi vida por mi madre" ya le he solido decir yo a una, y tu madre cuantas veces ha hipotecao... por ti...

-bai

-por ti...una madre..., eta holaxe,

-bai

–gaur egun hori, hori, aldaketa hortan e bai... baino txaharrea netzako behintzat eh?

–bai

–garai baten izaten zien, aiton-amanak etxien, izebaren bat edo osaba bat solteroa, matematiko, etxero izaten zan, baserritan behintzat,

–mm

–eta gero andre-gizonak beren umekik,

–bai

–eta ez diela kabitzen esaten due, kabitu? bai, bai, bai, nik egingo nuke tokie kabitzeko»⁵⁰ (E1)

De todas formas hay maneras diversas de estar en una residencia y la manera más extrema (percibida y expresada en negativo) sería estar en una residencia sin recibir visitas.

La posición con respecto a los *Centros de Día no es tan clara como con respecto a las residencias*. No hay un rechazo tan rotundo. Aparece de forma incipiente la idea de que si los centros de día no se usan es por falta de costumbre, no porque las condiciones sean malas dado que éstas han mejorado, al menos si las comparamos con las que había hace algunos años. Ahora bien, no son lugares donde las personas mayores se vayan a sentir cómodas y se asocian sobre todo a la inactividad (cuestión fundamental ya que en personas mayores «actividad», «trabajo» y «vitalidad» son palabras muy directamente relacionadas con el bienestar): no te permite «hacer» y a mí «me gusta hacer». Asimismo, el Centro de Día no permite que la familia se reúna, cosa que la casa sí propicia.

Ahora bien, esa reafirmación del derecho a ser cuidadas y el rechazo a centros de día y sobre todo a residencias convive con la perspectiva de que el contexto actual es distinto al que había hace unos años:

- Estas mujeres mayores *perciben que las mujeres de generación intermedia y de generación joven están muy ocupadas* con el trabajo (dentro y fuera de casa), los estudios o determinadas actividades que se realizan

³⁰ «–Piensa que hay personas que para ir de vacaciones llevan a la madre a una residencia de D. y luego ya no vuelven nunca a su busca... y ya me dirás. Y «y yo no voy a hipotecar mi vida por mi madre» ya le he solido decir yo a una, y tu madre cuántas veces ha hipotecao... por ti... –Sí –por ti... una madre..., y es así. –Sí –hoy en día en eso también se ha cambiado mucho pero para mí a peor, ¿eh? –Sí –hace unos años los abuelos y algún tío o tía soltera vivían en todas las casas, al menos sí en todos los caseríos –mm –y luego pues el marido y la mujer con los críos. –Sí –y ahora dicen que no tienen sitio para todos, ¿que no tienen sitio? ya, ya, yo ya haría sitio para todos» (E1)

en el tiempo libre. Podemos afirmar que la imagen de hijas y nietas ocupadas tiene repercusiones a muchos niveles en cuanto que:

- Por una parte relativiza en cierta medida la idea del «derecho a ser cuidadas»: Hay determinadas cosas que una no puede pedir a las personas de su familia debido a que están muy ocupadas, por ejemplo que le lleven en coche a una charla o a un curso. Si algo caracteriza a estas mujeres es su actitud sacrificada (así han sido socializadas) y por ello dejan ellas mismas de lado sus propios intereses por los intereses de hijas e hijos. El tener o no carné de conducir y disponer de coche supone en este sentido una gran diferencia porque está muy relacionado con el nivel de dependencia³¹.
 - Por otra parte, refuerza su posición de cuidadoras (hacer la comida para hijas e hijos, cuidar de nietas y nietos y de la casa).
 - Y, por último, refuerza también el autocuidado con el objetivo de evitar la dependencia (el lugar de las mujeres mayores en la red de cuidado y las maneras en que ellas conciben el auto-cuidado serán abordadas en los apartados correspondientes).
- Además, las mujeres mayores perciben que el contexto es también diferente en cuanto que generalmente ya no permanecen tres generaciones en la casa: La generación intermedia vive en otra casa y eso produce también que la decisión de cuidarte no dependa sólo de tus hijas e hijos, sino que dependa también de sus parejas. En el caserío la situación suele ser distinta ya que pervive la convivencia de varias generaciones, lo cual refuerza la interiorización de la responsabilidad de cuidado de los mayores también en la generación joven.

En definitiva estos elementos son los que utilizan las mayores para explicar los cambios acontecidos en los modelos de cuidado, ellas también necesitan entender lo que está ocurriendo a nivel social y sobre todo en sus propias familias. Ahora bien no hay explicaciones ni comprensión hacia determinadas situaciones de abandono de personas mayores. En esos casos, se condena a una sociedad que no es capaz de atender a las personas mayores tal y como se merecen. Al final la «condena» se dirige hacia la sociedad y la situación propia se mira con comprensión *prevaleciendo en general la idea de que tus propios hijas e hijos te quieren cuidar, aunque el contexto es complicado.*

³¹ Cf. Santamaría, Pilar; Arrieta, Eider; Jausoro, Nekane; Dávila, Andrés y Hernández, Ana: 2004. Estudio en el que se pone de manifiesto la movilidad de las mujeres rurales, haciendo alusión a la cotidianidad de las mujeres que viviendo en el medio rural utilizan el coche para la mayoría de las tareas cotidianas. Movilidad que en el caso de generación mayor es una movilidad por completo dependiente.



Las mujeres mayores perciben que sus hijas están muy ocupadas con el trabajo (dentro y fuera de casa) y así relativizan ese derecho a ser cuidadas. Así, si por una parte se considera que no es justa una sociedad que no cuida a sus mayores, por otra, hay comprensión; de modo que, como resultado de todo ello, prevalece la idea general de que tus hijas e hijos te quieren cuidar (cuando una misma no pueda hacerlo), pero el contexto es complicado.

3.3.3. Permanecer en el hogar con apoyo externo

Es importante destacar que otras maneras de concebir el cuidado como los pisos tutelados, no son mencionadas (a pesar de que puede haber un rechazo hacia esta posibilidad ya que implica abandonar el hogar, lo que suele estar asociado a imágenes de «abandono» y «tristeza», es cierto que tales posibilidades son en general desconocidas). Sí se mencionan, aunque de manera puntual, determinadas posibilidades de *externalización* de tareas que permiten que la persona mayor permanezca *en casa*. Con el objetivo de no abandonar el hogar, algunas mujeres mayores mencionan la idea de ayuda a domicilio pública o privada así como la figura de la «cuidadora interna» (mencionando concretamente a las mujeres sudamericanas). Otras, las que viven solas, mencionan también la posibilidad de acceder a determinados equipamientos, como la telealarma, por tratarse de servicios que producen seguridad.

En este «nuevo» modelo, incipiente, se visualiza una configuración distinta de las redes de cuidado que tiene dos características fundamentales:

- La persona mayor permanece en casa.

- Las mujeres de la familia pierden cierto peso específico que asumen las profesionales (tanto de instituciones públicas como privadas) y en algunos casos las propias mujeres mayores. Los hombres de la familia no cogen ese peso que dejan las mujeres; ellos «ayudan».

Las mujeres que visualizan este modelo detectan que hay resistencias al mismo por parte de muchas personas mayores:

«-zergatik hemen bertan dauzkagu saiatu direnak eta lehen esan dantan bezala emakume bat lanak egitea eta ez, ez, ez, ez det nahi, moldatuko naiz neoni eta halakok e badaude, mentalidade... lehengo mentalidadeakin, eta holakok e badaude, kanpoko bat nahi ez duenak

-mm

-sartzeak lanak eitera, holakoak ere badaude»³² (E1).

Los cambios suelen ser lentos y no son muchas las mujeres mayores que hablan de un posible futuro de dependencia con cierta tranquilidad ni barajando las distintas posibilidades. La ayuda a domicilio que constituye en algunos países una opción muy extendida, puede resultar interesante en un contexto marcado por el rechazo al internamiento en residencias; rechazo manifestado, aunque con diferentes matices, tanto por la generación intermedia como por la generación mayor. Este tipo de ayuda que podría constituir una solución integral a determinadas situaciones de dependencia, poco tiene que ver con la actual ayuda a domicilio, que en nuestro ámbito es muy limitada, por lo que debería estar más próxima a la concepción que de este tipo de servicios se tiene actualmente en países como Suecia. También las residencias pueden ver incrementado su nivel de aceptación, pero para ello sería imprescindible que se reflejaran ciertos cambios en su organización, para que tuvieran en cuenta entre otros factores la autonomía personal.

3.4. Las cuidadoras

3.4.1. Cuidan a mayores

En el apartado anterior hemos visto la perspectiva de las mujeres mayores sobre cómo ven su presente y su futuro con respecto al cuidado en situaciones de dependencia. En este apartado recogemos la visión de las mujeres de generación intermedia sobre esta misma cuestión.

³² «-porque ya hay aquí algunos que lo han intentado y como he dicho antes que vaya una mujer a hacer los trabajos a casa, pero luego dicen que no, que no necesitan ayuda, que ya se arreglarán ellas y cosas por el estilo, es por la mentalidad... su mentalidad es antigua. Y es así, hay personas que no quieren que venga nadie de fuera -mm -para hacer las cosas de casa, también hay esas personas» (E1).

Entre el amor hacia padres y madres: la interiorización de la responsabilidad de cuidado y un contexto social que dificulta el desempeño de las tareas de cuidado.

En un contexto de crisis donde las respuestas que se dan a las necesidades de cuidado son múltiples las mujeres de la generación intermedia no han articulado un discurso estructurado. Esta dificultad para tratar el tema es una de las características de las posiciones de las mujeres frente a la cuestión del cuidado de padres y madres; para la generación intermedia el cuidado de las personas mayores es en gran medida un tema *tabú*, un tema importante sobre el que no es fácil hablar, pero que en todo caso genera *malestar*.

Estos malestares tienen por contexto la interiorización, en distintos grados, de la responsabilidad en el cuidado de las personas mayores y los cambios acontecidos tanto en las formas de vida como en lo que respecta a la mayor esperanza de vida y a una mayor presencia de enfermedades crónicas largas.

Las mujeres de la generación intermedia, realizan un *diagnóstico* de la situación actual que tiene más matices que el de las mujeres mayores; no hacen tanto hincapié como las mujeres de la generación mayor en la idea de que las mujeres han cambiado, sino en los cambios acontecidos en las formas y ritmos de vida en general, así como en la mayor presencia de enfermedades crónicas de larga duración. La generación intermedia ve además de estos cambios, una generación mayor que reclama ser cuidada en el contexto de la familia: unas mujeres que han cuidado y todavía cuidan pero que reclaman también ser cuidadas cuando sea necesario; tienen lo que hemos llamado «derecho a ser cuidadas» por su familia.

Y el resultado es que esa imagen de un contexto que ha cambiado no desplaza la interiorización de la responsabilidad de cuidado de las mujeres de la generación intermedia. Por eso, habiendo adoptado una u otra determinación acerca del cuidado de padres y madres o no habiendo adoptado todavía ninguna y con unos niveles de incertidumbre y malestar determinados, es decir estando las mujeres en cualquiera de las variadas situaciones que el contexto de crisis posibilita, hay un elemento común a todas ellas y es la sensación de tener que *estar ahí*.

Esta interiorización de la responsabilidad de cuidado, es además de una cuestión de género, una cuestión de generación dado que las *mujeres de la generación joven* también quedan exentas. Aunque lo cierto es que las situaciones son diferentes en el caserío, donde la generación joven muestra mayores niveles de implicación en las tareas de cuidado.

Si bien cuidar a una persona mayor, aunque no sea dependiente, requiere mucha dedicación: controlar la medicación, llevarle al médico, estar a su

lado, pasar tiempo con ella, etc., dado que es común que tengan un problema crónico y eso supone andar «patrás palante, patrás palante», las mujeres colocan el núcleo de la preocupación en la «persona mayor-enferma». La diferencia es que en el primer caso se asume la cuestión con un grado importante de naturalidad, mientras que cuando se trata de «persona mayor-enferma» se plantean dudas, malestares importantes o se muestra reticencia a hablar del tema:

- Con respecto al cuidado de «persona mayor-enferma» en algunos casos el malestar puede llegar a niveles importantes y puede dar lugar a una reflexión acerca de que el problema de la generación intermedia es que no ha sido educada para asumir el cuidado de un mayor dependiente y que esa educación está en el origen del rechazo a este tipo de situaciones: «neretzako gogorrena da benetan barruan ez detela nahi».
- Se plantea también la necesidad de que la sociedad en su conjunto dé respuesta a la cuestión del cuidado de las personas mayores.
- En otros casos «persona mayor-enferma» puede servir para poner el límite, argumentando que la familia no puede cuidar de una persona mayor y enferma. Una situación de dependencia durante un tiempo largo es la que legitima que una persona mayor no sea cuidada en el contexto familiar.
- Por último «persona mayor-enferma», puede constituir un tema tabú ya que, como decíamos, en algunos casos las mujeres evitan abordar el tema y cuesta hablar de qué se va a hacer si se presenta una situación de este tipo.

El siguiente texto refleja bien las sensaciones de tristeza e impotencia que se pueden generar cuando hay una persona enferma y hasta qué punto ni la residencia ni el permanecer en casa son opciones que se llevan bien:

«–neretzako gogorrena eta eiten zaiten gogorrena da, benetan barruan ezdetela nahi,

–hoi da

–nik nere familia ez tet utzi nahi, nere gizona eta umiak in egon nahi det eta bigarren bat euki nahi badet askatasun osoa sentitu nahi det, eta hori da nik nahi detena, baina behartuta nago bestet hori ere egitera, eta da konfliktu bat

–eske zure ama da eta eztezu nahi

–eztezu nahi baina, zure ama da, orduan nere barruan sortzen da hor, burruka bat, azkenian nik neuk gaizki pasatzen det, nik sentitzen detenagatik, baina nola ba, nola sentitzen dezu eztezula nahi zure amarekin egon,

–nahi dezu, nahi dezu, baina nik behintzat, ikusten det zu bezela, ez nago prestatuta, ez nago prestatuta, ta gero sortzen dia, beak esan duna, kapilo hoiek, eta pagatzen dituzu ba ingurun zure gizonakin, zure umeakin, pagatzen dituzu hoiek danak, zure zea hoiek azkenian»³³ (G6)

Residencias, centros de día y ayuda a domicilio

No es difícil imaginar, después de lo dicho, que la perspectiva de las mujeres de la generación intermedia sobre las *residencias* como opción para sus mayores no está precisamente bien vista. Desde estas mujeres las residencias o bien no se mencionan o bien tienen connotaciones negativas porque implican tristeza y en este sentido la imagen no se aleja demasiado de la que tenían las mujeres mayores, si bien se introducen determinados matices³⁴: se habla, por ejemplo, de lo importantes que son las visitas y se discute si están bien o mal cuidados, señalando algunas que hay un problema de insuficiente personal y otras que el problema es más del ambiente que de falta de atención porque en las residencias conviven personas con muy diferentes grados de «lucidez».

También se considera la posibilidad de que las residencias sean una opción que entre a formar parte de la red de cuidado en época de vacaciones, en los casos en que se cuida a una persona dependiente durante todo el año y se afirma que en las residencias privadas la atención es mejor o se discute la idea de si es una opción mejor que la de estar solos (posición muy diferente a la de la generación mayor). En definitiva, aunque con matices, las residencias son una opción que en principio no está bien vista entre estas mujeres de generación intermedia que afirman que ante la idea de la residencia, si se puede, es preferible «sacrificarse»; pero a diferencia de lo que ocurre en la generación mayor, en vez de generar un fuerte rechazo la residencia es también en cierta medida objeto de reflexión.

³³ «–para mí es lo más duro, no quiero en mi fuero interno

–eso es

–yo no quiero dejar a mi familia, quiero estar con mi marido y mi niño, y si quiero tener otro niño, pues, quiero tener toda la libertad, eso es lo que quiero, pero estoy obligada a hacer lo otro, y eso me crea un conflicto

–es que es tu madre y no quieres

–no quieres, pero es tu madre, entonces surge en mí un conflicto, y al fin y al cabo, lo paso mal por lo que siento, pero, como que no quieres estar con tu madre,

–la verdad es que quieres estar con ella, al menos yo, yo lo veo como tú, pero no estoy preparada para ello, y luego, lo que ha dicho ella, surgen esos problemas y lo pagas con los que tienes en casa, con tu marido, hijos... al final esos conflictos tuyos los pagas con ellos» (G6)

³⁴ También en el caso de la generación joven la residencia está asociada a una serie de imágenes negativas y no se concibe como opción de futuro para sus mayores.

En lo que respecta a los *centros de día* las diferencias entre las perspectivas de ambas generaciones son mayores que en el caso de las residencias. Las mujeres de Generación Intermedia destacan las siguientes cuestiones:

- Puede implicar actividad para el dependiente. Y en este sentido es importante recordar que para la generación mayor, en cambio, el centro de día está vinculado a la inactividad.
- Debido a una cuestión de «educación», en ocasiones, no los asumen bien las personas mayores. Se sienten un «estorbo».
- Le da un tiempo libre a la cuidadora.
- Se ve como oportunidad de trabajo para las personas jóvenes de la zona que han realizado los estudios correspondientes. Aunque se considera que las condiciones laborales deben variar, tanto por las trabajadoras como por el bienestar de las personas mayores.
- Hay empresas que no son de la zona, aparecen pequeñas empresas iniciadas por mujeres del lugar. Aunque en estos casos se mencionan los problemas de competitividad que surgen frente a grandes empresas urbanas.
- Tiene que estar cerca de la familia.

Tal y como ocurre en la generación mayor, tampoco en la intermedia se mencionan los pisos tutelados; y en cuanto a la ayuda a domicilio, se menciona pero siempre en menor medida que las residencias y los centros de día que son las dos figuras centrales de la externalización para estas mujeres. El hecho de que la ayuda a domicilio casi no se mencione es significativo y se debe no al desconocimiento sino a la percepción insuficiente de estos servicios que no facilita que sean una opción a tener en cuenta dado que no ofrecen una solución integral³⁵.

Por tanto, hoy en día se coloca a la familia en el centro de la red de cuidado y desde esta posición se están articulando respuestas muy variadas: personas mayores que viven a temporadas en casa de hijas e hijos, hijas e hijos que viven a temporadas en la casa del padre o de la madre o que compran una casa al lado de la de su madre o que dividen el baserri en varios apartamentos porque así «estoy y no estoy».

Además, es importante resaltar la situación específica de las mujeres que viven en baserri compartiendo la casa con padre, madre, suegra o suegro o la de la única hija o hijo que ha permanecido en el pueblo, porque en estos casos la situación deja de problematizarse y ya no hay una serie de posibilidades sobre las cuales hay que tomar una decisión, en estos casos la opción es única, lo cual es percibido como un peso por parte de las mujeres de generación intermedia.

³⁵ Al final de este capítulo se hace una pequeña reseña acerca de cómo en algunos países estos servicios se plantean de forma diferente.

Necesidades fuertes y demandas tímidas

Las *demandas* de las mujeres a veces son muy tímidas debido a que hay una situación de crisis del modelo de cuidado pero también un mandato de género todavía muy interiorizado que contribuye a naturalizar la actual configuración de las redes de cuidado, y todo ello da lugar a que las mujeres *se preocupen menos de articular demandas que de dar soluciones a los problemas concretos que se van planteando*.

Ello no significa que no haya demandas. Las hay y van en primer lugar dirigidas a las instituciones públicas, en mucha menor medida a los hombres y en menor medida aún a la generación joven.

Las *demandas* se refieren en gran medida a *facilitar el cuidado de la personas mayores dependientes en la familia*: rehabilitación en casa, centros de día (que introduzcan actividades) y mejora de la atención en residencias para poder descansar en períodos vacacionales. Pero también a *mejorar la atención en las residencias* (actividades, no mezclar gente que se encuentre en situaciones muy distintas, más personal...).

«Eta gutxienez ba hori deskantsua artu deun hilabete horretan, ba ikusi izan bagenu emakumea zainduta eta, dignidade pixka batekin ez, baina ikustezu horrelako zentruak ere ez dutela funtzionatzen, eta bueno ba 11 hilabete berriro pasakoiteu bearekin eta gaizki pasako deu, eta berriro ere ingo deu hilabeteko deskantsu hori, porque behar degu, ezke behar da, bainan oso gaizki atendituta daude gure zarrak, eee (ixiltasuna) eta ez nere ama bakarrik nik beste guztiak ere ikusten nitun, bainan triste, triste, triste, triste, desiatzen haur bat hurbiltzeko hara eta alaitasun pixkat jartzeko beraiei, beste la sentaus junto al poste eta ...»³⁶ (G6)

Parece probable que la figura de la residencia adquiera en un futuro matices muy diferentes, dado que la generación joven empieza a concebir la posibilidad de que las residencias sean un lugar donde las personas no pierdan su propia autonomía. Es decir entienden que unas residencias distintas de las que hoy son habituales podrían ajustarse a las necesidades de personas mayores no dependientes ofreciendo tanto autonomía como apoyo, si se desea, en las tareas cotidianas (limpieza, cocina, servicio médico...).

³⁶ «Y al menos, pues, eso, en ese mes que hemos cogido descanso si hubiésemos visto a nuestra madre mejor cuidada, con un poquito de dignidad, pero ves que esos centros no funcionan, y bueno ahora pasaremos otros 11 meses con ella y pasaremos mal, y luego cogeremos otra vez un mes de descanso para nosotros, porque lo necesitamos, pero en ese mes vemos que nuestros mayores están muy mal cuidados, eee (silencio), y no sólo mi madre, yo veía a los otros y todos estaban tristes, deseando que un niño se acercase a ellos para darles un poco de alegría, si no sentaus junto al poste...» (G6)

También se dirigen a la administración pública demandas de mejora de la situación de las personas mayores no dependientes. Se demandan fundamentalmente actividades de recreo con el transporte correspondiente, entendiendo que estas cuestiones pueden influir mucho en la salud emocional de las personas mayores.

Asociaciones de mujeres del medio rural: traduciendo las necesidades en demandas

Ya se ha mencionado el malestar de las mujeres de generación intermedia en un contexto en que la decisión de qué hacer con sus mayores bien se ha presentado o bien está cercana. Pensamos que este malestar (que dificulta hablar del tema con claridad) y la urgencia de solucionar los problemas concretos, dificulta traducir las necesidades en demandas, es decir, dificulta posicionarse de forma clara con respecto a los deberes y derechos de una misma y de otras personas del entorno o de las instituciones. Las asociaciones y organizaciones sindicales de mujeres rurales y agrícolas, por su parte están realizando un trabajo importante en este sentido. Ellas, que viven en primera persona (o a través de un contacto muy directo) las realidades cotidianas de las mujeres del medio rural, han desarrollado una serie de demandas en las que destacan dos aspectos:

- *Tener muy en cuenta la perspectiva rural*, lo que implica analizar las necesidades específicas y contemplar posibilidades concretas, como pudiera ser la de promover pequeños centros de día con huerta y actividades ligadas al medio cotidiano de la persona mayor;
- *Valorar social y económicamente el cuidado*.

Redefinir el modelo de cuidado de personas dependientes

No es extraño que en un contexto social en que las tareas de cuidado no están ni social ni económicamente valoradas, se generen experiencias marcadas por grandes dificultades para hacer frente a situaciones de dependencia de familiares. En este momento la administración pública debe tener en cuenta el abanico de situaciones que se están dando, de cara a proponer soluciones flexibles y adaptadas a cada situación para obtener los mejores resultados posibles.

Hay autores que señalan lo poco acertado de ciertas interpretaciones según las cuales los hombres se van a implicar de forma natural en el cuidado generándose así un nuevo modelo de cuidado. Para estos autores la situación actual se debe fundamentalmente a «los cambios sanitarios y demográficos ocurridos (aumento de enfermedades crónicas y de la esperanza de vida); los cambios en la situación laboral y social de las mujeres; y, por úl-

timo, las transformaciones en las formas de convivencia, en las familias«. Ante estos cambios no se debe esperar a que los hombres se incorporen al cuidado de forma *natural*, sino que es necesario articular una respuesta que tenga dos pilares básicos: interpelar a las instituciones y promover la concienciación de las mujeres (Esteban, 2005).

Algunas de las siguientes claves pueden contribuir a ello (lo cierto es que nos hemos referido sobre todo a mayores dependientes porque suponen el caso de dependencia más habitual, pero la mayoría de las cuestiones que a continuación vamos a mencionar son aplicables también a otras situaciones de dependencia como las de las personas enfermas):

- *Compensaciones económicas para las cuidadoras no profesionales:* subsidios y desgravaciones, licencias.

Si bien muchas cuidadoras naturalizan, es decir asumen como «normal» la ausencia de reconocimiento económico, también es cierto que este hecho empieza a cuestionarse. Las mujeres de generación intermedia mencionan los problemas económicos que puede generar el cuidado de personas dependientes, dado que puede implicar tener que prescindir de un sueldo. La falta de reconocimiento económico es mencionada también por las mujeres mayores, dando cuenta por ejemplo de situaciones en que otra mujer ha dejado de pagar la seguridad social agraria y se ha quedado sin cobertura por cuidar de una persona enferma.

De todas formas, a pesar de dar cuenta de situaciones del tipo de las mencionadas, no es habitual entre las mujeres la demanda de compensaciones económicas por dedicarse a cuidar, si bien las asociaciones de mujeres sí han elaborado demandas de este tipo. Por el contrario, con respecto al reconocimiento social, sí existe una demanda de cara a que el trabajo de cuidado sea reconocido y valorado.

- Mejora de las condiciones de trabajo de las cuidadoras profesionales. El actual proceso de profesionalización reviste dos características principales:
 - Son las mujeres quienes en mayor medida se están incorporando a la red de cuidado por la vía profesional.
 - Se están dando situaciones muy precarias:
 - Ingresos bajos.
 - Trabajando desde una perspectiva urbana: Empresas urbanas que trabajan en el medio rural y no tienen en cuenta las características propias del medio, como por ejemplo los tiempos de desplazamiento.
 - Carencia de formación e información.

Con estas condiciones parece difícil que mujeres y hombres del medio rural se interesen por desarrollar este tipo de trabajo a nivel profesional y quizá una opción interesante consistiría en que se fomentará la crea-

ción de estas empresas a nivel local y con colaboración de la administración pública, de cara a garantizar tanto la creación de empleo local como las buenas condiciones del mismo.

- Formación e información tanto para profesionales como para no profesionales. Algunas de las mujeres cuidadoras señalan la importancia de tener información y de desarrollar determinadas destrezas de cara a cuidar y a cuidarse: conocer otras situaciones, saber cómo será el futuro y cuáles son las posibles evoluciones de la situación a que se enfrentan... En este sentido las asociaciones de personas enfermas y familiares están cumpliendo un papel importante, como también lo están haciendo determinados profesionales sanitarios y ciertos medios de comunicación, si bien todavía queda mucho por hacer. No todas las cuidadoras conceden la misma importancia a contar con formación y con información, aunque desde el punto de vista de quienes han tenido acceso a las mismas es fundamental.
- También es importante el acceso a la información acerca de los recursos para el cuidado en general, sobre todo de los recursos públicos. No es una tarea fácil, principalmente si hablamos de personas mayores que están socializadas en contextos en los cuales este tipo de cuestiones se resolvían sin acudir a la administración pública. Además a ello debemos sumar que el desconocimiento de la red de servicios socioasistenciales es especialmente preocupante en los pueblos más pequeños de Euskadi (EHNE, 2002).
- Implicación de hombres como familiares y como profesionales: Los hombres se están implicando más como familiares que como profesionales y en ambos terrenos el cuidado está todavía atravesado por la posición de género. Es importante que el hombre se implique en ambos terrenos. En el caso de la familia, es necesario avanzar en la redistribución de las tareas y responsabilidades lo cual afectaría tanto a los hombres como a la generación más joven.
- *Asistencia en el domicilio*: alimentación (preparar y acompañar), higiene personal, ayuda a la movilización, limpieza del hogar y de la ropa, compras, compañía, desplazamientos, y gestiones, etc. La asistencia a domicilio es un elemento fundamental en algunos países europeos. El siguiente texto da una idea acerca del interés que tiene esta posibilidad:

«Cenando con mi amigo el ministro de Salud y Asuntos Sociales de Suecia, éste me decía: ‘Vicenç, Suecia provee estos servicios (en realidad, los gestionan los municipios) a tu suegra por tres razones: una es su enorme popularidad, otra es que es más económico tener a tu suegra en su casa que en una institución, y tercero, creamos empleo’ (en Suecia, el 18% de la población adulta trabaja en los servicios del Estado de bie-

nestar tales como sanidad, educación y servicios de ayuda a la familia. En España sólo un 5% trabaja en tales servicios).

Mi esposa es sueca y mi suegra es también sueca. Hace ocho años, esta última, de 84 años, se cayó y se rompió el fémur (una situación muy común entre ancianos). Casi la misma semana, mi madre, que vivía en Barcelona, se cayó y también se rompió el fémur. Tuve entonces la oportunidad de ver cómo dos sociedades cuidaban a sus ancianos. En Suecia, mi suegra tenía el derecho, por ser ciudadana sueca (independientemente de su nivel de renta y de si tenía o no familiares en su casa), de ser atendida cinco veces al día por los servicios de ayuda a la familia. Una visita por la mañana la despertaba, la lavaba, le preparaba y le daba el desayuno; otra al mediodía le preparaba la comida; otra por la tarde le traía libros para que se distrajera; otra por la noche le hacía la cena y la ponía en la cama, y otra a las dos de la madrugada, venía para llevarla al lavabo»³⁷.

- Mejora de las condiciones de residencias y centros de día de cara a lograr una imagen social más positiva, lo cual tiene que ver entre otras cosas, con una mayor flexibilidad en su organización y la posibilidad de facilitar la autonomía personal adaptada a los diferentes grados de dependencia que puedan tener las personas mayores.
- Es necesario tener muy en cuenta que la salud emocional es una dimensión fundamental de la propia salud. Especialmente en los casos de que las personas mayores permanezcan en casa, las mujeres que participan en grupos de mujeres y sindicatos, recalcan la importancia de garantizar la realización y continuidad de cursos y actividades entre las mujeres teniendo muy presente las consecuencias beneficiosas sobre la salud emocional de este tipo de encuentros (las relaciones personales, el compartir experiencias, disponer de un tiempo propio...)
- Trabajo en red de responsables y gestores pertenecientes a distintas áreas de la administración, promotores de desarrollo rural, asistentes sociales, profesionales sanitarios, asociaciones, asistentes a domicilio, etc. Este trabajo en red es fundamental en el caso de situaciones específicas de aislamiento, soledad y problemas sociosanitarios.
- Planificación desde las perspectivas rurales. Tanto los servicios de atención a domicilio como las residencias, centros de día y cualquier otro servicio debe estar adaptado a las características del medio rural (teniendo en cuenta que no es éste un espacio único, sino que en el propio medio rural hay realidades diferentes y que no se puede dejar de lado la realidad de los pueblos más pequeños y los caseríos más dispersos, dado

³⁷ Navarro, V.: *La familia en España* in <http://usuarios.lycos.es/politicaset/articulos>

que ello supondría volver a aplicar la lógica de los números que margina lo rural frente a lo urbano). En este sentido las mujeres reivindican la existencia de centros de día y residencias en pueblos pequeños y que los mismos sean una extensión de la casa o del baserri (con huertas, en enclaves adecuados...). También es importante que las características específicas del entorno sean tenidas en cuenta a la hora de dar a conocer la oferta de equipamientos y servicios.

En definitiva, todas las medidas propuestas mantienen una profunda interrelación porque la valoración económica y social de las tareas de cuidado, conllevaría unas mejores condiciones para las y los profesionales, una mayor implicación de otros miembros de la familia y una mejor situación de las personas dependientes.

3.4.2. *Cuidan a la familia*

Entre las mujeres de la generación intermedia es habitual que hijos e hijas constituyan el centro de los cuidados en términos de salud a través de los hábitos cotidianos de la alimentación y el deporte, así como de las relaciones y el juego.

- *Alimentación*: Procuran que hijos e hijas no consuman en exceso ni bollería ni chucherías aunque señalándose que, de todos modos, en el medio rural niñas y niños comen menos cantidad de dichos productos que quienes viven en medio urbano, donde resultan más accesibles. Asimismo se mencionan negativamente alimentos precocinados como pizzas o hamburguesas, al tiempo que se expresa una preocupación por el incremento de la obesidad infantil.
- *Deporte*: Las actividades deportivas están integradas en la vida cotidiana tanto de hijas como de hijos, al ser altamente valoradas para su salud ya sea en cuanto a su condición física o en su vertiente de relación social; si bien no deja de señalarse que la cotidianidad infantil compone una agenda muy apretada pues, a las actividades deportivas se añaden otras extraescolares de diverso tipo (artísticas, de idiomas, etc.), hasta el punto de apuntarse la existencia potencial de un estrés infantil derivado de este ritmo de vida.
- *Relaciones y juegos*: Acostumbrar a relacionarse con otros niños y niñas es subrayado como muy importante para el bienestar de sus hijos e hijas. En este sentido, vivir en un caserío o a desmano de un núcleo urbano comporta un llevarles y traerles constante por parte de madres (y en algunos casos abuelas) facilitando así tales encuentros para compensar su mayor aislamiento.



Como la salud está estrechamente relacionada con los hábitos cotidianos, las mujeres dan mucha importancia a cuidar los hábitos de sus hijas e hijos; tanto la comida, como el ejercicio físico y los juegos en relación con otros niños.

Asimismo, por lo que se refiere a los cuidados de sus hijas e hijos en términos sanitarios, caso de las visitas –tanto pautadas como puntuales– al servicio de pediatría, son las mujeres quienes incorporan en su agenda cotidiana esta responsabilidad en mayor medida que los hombres. Ahora bien, cuando hay situaciones de enfermedades graves, la presencia de los hombres se incrementa. Y se incrementa sobre todo en situaciones de urgencia, si bien en los casos en que la enfermedad se alarga y requiere cuidados muy cotidianos, la presencia de la mujer vuelve a ser mayor; es la mujer la que organiza y el hombre colabora.

Todo ello confirma la centralidad de la mujer en la red de cuidados y, tal y como ya se ha comentado en anteriores apartados, la fuerza y el arraigo que tiene entre las mujeres de la generación intermedia la idea de que es necesario *estar ahí*. Se trata de una sensación muy presente cuando las mujeres hablan de temas relacionados con la salud y con el cuidado, pero que probablemente tenga su expresión máxima cuando reflexionan acerca de la posibilidad de ponerse enfermas ellas mismas; esta posibilidad no se contempla:

«Oso konplikatu da funtzionatzeari ustea o sea, gu ohean sartzen gara eta zer? O sea es que hombre pues ez baldin badago beste erremediorik egiten duzu beste erremediorik geratzen ez danean baino bestela hemen nik pentsatzen det denok dauzkagula edo seme-alabak edo baita ere gurasoren bat baita ere edo beste senideren bat etxean eta klaro hori esaten da emakumearen liberazioa eta hori eta lan domestikoaren zea eta hori oso erlatiboa da»³⁸ (G.2)

Es importante señalar que el reparto de las tareas en la pareja no se ciñe a un mismo patrón o modelo y que tampoco hay una interpretación única de estas situaciones por parte de todas las mujeres. De hecho, conviene destacar que:

- Hay mujeres que consideran que su pareja es una excepción en cuanto al reparto de estas tareas; para estas mujeres una cosa es el funcionamiento general de la sociedad con respecto a estas cuestiones y otra muy diferente la manera *igualitaria* en que ellas comparten el cuidado de la familia con sus parejas.
- Hay también mujeres que consideran que aunque los niveles de implicación no son iguales, el *reparto es justo* ya que esa implicación desigual se debe a los empleos también desiguales (distinto salario, distinta dedicación horaria...)
- Otro de los planteamientos que han surgido consiste en constatar la desigual implicación de hombres y mujeres y apelar al «nos sale»; una naturalización de las actitudes en las que han sido socializadas (mujeres cuidadoras sí y hombres no).
- Y por último hay mujeres que constatan la existencia de situaciones de desigualdad y encuentran respuesta en la *educación* de unos y otros. Algunas de estas mujeres destacan la importancia de que los hombres aprendan de las mujeres y viceversa: ellos a implicarse más en las labores de cuidados y ellas a tomar distancia respecto a las mismas.
- En cualquier caso, las mujeres de la generación intermedia destacan que, con respecto a estos temas, se ha dado una *evolución en el grado de implicación de los hombres en las tareas de cuidado*; la actitud de sus parejas es muy diferente a la de sus padres.

³⁸ «Es muy difícil dejar de funcionar, nosotras nos ponemos enfermas y ¿qué pasa? O sea, es que hombre, pues si no tienes otro remedio pues te metes en la cama, pero, eso, cuando no hay otro remedio, porque si no yo pienso que todos tenemos en casa a nuestros hijos y también a los padres o a algún otro familiar, y claro, luego dicen que la mujer se ha liberado, y eso, pero tienes que hacer todos los trabajos domésticos y eso es muy relativo» (G.2)

- Emerge un malestar entre las mujeres: se señala que con respecto a los problemas de salud (más o menos graves) o con respecto al cuidado en general, los hombres son más capaces de colocar distancias y ellas menos (la imagen de los hombres como más capaces para establecer distancias aparece también en las mujeres de generación joven). Independientemente de que esta constatación lleve a las mujeres a buscar un por qué o no, y en caso de buscarlo lleve a una u otra respuesta (biología –«nos sale»–, empleo, educación, etc.), esta dificultad para tomar distancia genera malestar a las mujeres de la generación intermedia y está muy relacionada con la dificultad para encontrar «tiempo propio»; se trata de una sensación de malestar muy relacionada con el sentimiento de tener que estar en otro lugar, sobre todo cuando se disfruta de tiempo propio, pero también cuando se acude a trabajar fuera de casa. De todas formas, estos malestares, los cuestionamientos y las preguntas no siempre dan lugar a una demanda dirigida a los hombres en cuanto a que su nivel de implicación en las tareas de cuidado aumente.

Las ideas hasta ahora apuntadas llevan consigo tres conclusiones con respecto al mandato de género:

- La ausencia de demanda dirigida a los hombres, a pesar de los mencionados malestares y de asumir más tareas de cuidado que ellos, nos lleva a constatar que *en estos momentos la responsabilidad de los cuidados responde a un mandato de género claramente integrado*.
- Por otra parte la constatación de que el reparto de las tareas de cuidado es hoy en día mayor que antes, de que sus padres se implicaban menos que sus parejas, permite afirmar que se trata de *un mandato de género distinto del que tenían sus madres*. Además a diferencia de lo que ocurría antes, es un mandato de género que adquiere muy diferentes formas (distintas prácticas) a las cuales acompañan distintos discursos, habiendo mujeres que constatan situaciones de desigualdad y otras que asumen con distintos grados de naturalidad el estado de las cosas.
- Desde el punto de vista de la importancia que tiene para la igualdad la constatación de las desigualdades, es interesante señalar que entre algunas de las mujeres de generación intermedia, entre las más jóvenes de éstas, se aprecian ciertas reticencias a generalizar comportamientos y actitudes distintas entre hombres y mujeres, destacando que cada persona es diferente. Si bien estas reticencias generalmente no revisten mucha fuerza, será interesante ver cómo funcionan en el futuro por la implicación que puedan tener de cara a la igualdad y a la evolución de tal mandato de género.

La constatación por parte de las mujeres de su posición en el centro de las redes de cuidado, conlleva una preocupación por lo que ocurriría si ellas

se pusieran enfermas, una preocupación por quién se encargaría de cuidarles a ellas y a las personas del entorno más próximo; esta preocupación se manifiesta principalmente entre las mujeres que han pasado por situaciones en las que una persona muy cercana ha tenido una enfermedad grave, ya que una experiencia de este tipo es un desencadenante de necesidades antes no percibidas.

Con respecto a la implicación de los hombres en la red de cuidado, también es importante señalar que ésta viene fundamentalmente desde las figuras de *padre o marido* y, cuando es necesario, el hijo. La familia extensa, sobre todo las mujeres y en mucha menor medida los hombres, tienden a implicarse en particular cuando hay hospitalizaciones. Por otra parte, en el campo de lo laboral, tampoco los hombres están entrando a formar parte de la red de cuidado a través de la vía de su externalización y profesionalización (todavía es un campo marcado en femenino).



La implicación de los hombres en las redes de cuidado, viene fundamentalmente desde las figuras de padre o marido y, cuando es necesario, hijo. Hay pocos hombres que estén dedicándose al cuidado como profesión. Algunas mujeres consideran que la implicación es suficiente, si bien la mayoría mantiene que aún se debe avanzar en este sentido.

El peso de la *familia extensa* en la red de cuidado es menor que en épocas anteriores, varía de una familia a otra y puede entenderse más como un «favor»; la consideración de obligación del cuidado hacia la familia extensa está hoy declinando.

Por otra parte, las mujeres de la *generación mayor* adoptan un papel fundamental en esta red de cuidado de la familia por cuanto los cuidados que estas mujeres realizan tienen un peso importante en la cotidianidad de la familia, a la vez que son esenciales en la configuración de la cotidianidad de las propias mujeres mayores.



Las mujeres mayores de la familia adoptan un papel fundamental en las redes de cuidado por cuanto los cuidados que estas mujeres realizan tienen un peso importante en la cotidianidad de la familia, a la vez que son esenciales en la configuración de la cotidianidad de las propias mujeres mayores.

Cuando estas mujeres conviven con la familia en la misma casa, siempre que no tengan un problema de salud que se lo impida, asumen tareas de cuidado, a veces incluso supliendo a una persona que podría ser contratada pero no lo es porque en el pueblo, y aun más en el caserío, encontrar personas que vayan a trabajar a casa es difícil. Estas mujeres cocinan (y este es un tema profundamente relacionado con la salud, como ya se ha comentado anteriormente) y dan de comer, cuidan de los más pequeños, planchan... y cuando no comparten casa con sus hijas e hijos, tanto ellos como ellas van a comer a la suya.

Por último conviene señalar que también el *pueblo* es parte de las redes de cuidado, sobre todo del cuidado de los de más corta edad y de las personas mayores, tal y como se ha señalado en el apartado correspondiente al cuidado de éstos. En definitiva el conocimiento mutuo genera preocupación por las personas del entorno y contribuye a ampliar esa red de cuidado llegando a abarcar al pueblo en su conjunto. De todas formas la red vecinal tiene menos peso en el cuidado que en épocas anteriores, si bien sigue teniendo mayor presencia que en el medio urbano.

También *la red sanitaria* tiene presencia en las redes de cuidado, si bien es un tema que se va a abordar en el capítulo siguiente.

3.4.3. *¿Se cuidan a sí mismas?*

En apartados anteriores hemos abordado el tema del cuidado de una misma y de cómo éste varía en función de la generación y de las situaciones vitales. En este apartado nos centramos en el autocuidado de las mujeres cuidadoras.

Una situación específica de auto-cuidado la protagonizan aquellas mujeres que cuidan de familiares con alguna enfermedad crónica, quienes señalan que ese no es el momento de hacer dietas ni deporte porque hay otras prioridades, como precisamente el estar con las amigas. En una situación de este tipo, ¿quién cuida a la cuidadora?; los cuidados físicos pasan a un segundo plano porque *se subraya la salud emocional*.

Hay *cuidadoras que no se cuidan* e incluso ocurre que, en algunos casos, el hecho de que la cuidadora se preocupe por cuidarse no está bien visto. Pero dado que se están generando situaciones nuevas y muy diversas en relación a las maneras de responder al cuidado de los mayores o las maneras de cuidar y cuidarse, es interesante señalar que frente a la imagen de la cuidadora que no se cuida, está la de la *cuidadora que sí se cuida*. Esta cuidadora puede tener alguna de las siguientes características:

- Conoce y puede *definir la situación*: la persona enferma «zurekin nahi du beti» y «kontrolatzen zaitu».
- Frente a ello es importante *buscar su propio* «espacio» porque es la única manera de mantener la vitalidad. En este caso su propio espacio pue-

de estar en la ocupación laboral y en las amigas. Una suele callarse ante la persona enferma, pero busca su espacio «sarritan gaixuan esango no-tzake e agobixata nakazu».

- También es importante *contarlo* a las amigas: sacar y olvidar «ahaztu», «barre batzuk eñ», «disparatik esan». Las relaciones de las mujeres entre amigas ayudan a esta descarga emocional (situación todavía novedosa para los hombres y sus relaciones de amistad).
- *Tiempo propio* (nunca al principio de la enfermedad) e *información* (conocer la enfermedad) son fundamentales para *asimilar la situación*. *Conocer la enfermedad* es muy importante –en este caso para la cuidadora–, da «tranquilidad». En este sentido, las asociaciones de personas enfermas y familiares aportan mucho: «esperientziak ezagutzeko, barruak askatzeko, «barre eitxi, near eitxi».

El siguiente texto refleja bien la necesidad por parte de algunas cuidadoras de buscar un espacio para si mismas y la importancia que ello tiene para su salud emocional; en definitiva, la importancia de tener un apoyo en el trabajo de cuidado para poder cuidar su propia salud:

«–eta zelan zaintzen zea?

–Ni? Ba esangotzut biarra itxen dot ezta eta gero arreglaten na neu neure bizimoru nere espazixo bat eukitxeko neutzako. Neure launakin buelti emon iluntzin eta zaindu osasune ez naiz zaintzen asko jan da eta itxen dot ederto ez takat horretako problemaik eta nitzako inportantiena da ba ordu-bete ero orduterdi ero ba gixonik pez eta amaik pez eta umeik pez eotie aurrekoaldin nere lagunekin eta ahaztu ama zelaik ahaztu ez esakera bat da ez ahaztu porque han daz gero be neutzako darez han da, bañe oixe pixkat barre batzuk eñ da lagunakin eta disparatik esan ontxe ta hurrengo bueltan malku beixetan dakatela eta bañe ortxe nitzako inportantina hoxe nere launakin eta e neure buelti ez kentzie iñork. Hortxe pixkat txarto ibiltzen naz kentzen baz ezin barot e eunen baten»³⁹ (E.9).

³⁹ «–¿y cómo te cuidas?

–¿Yo? Pues ya te diré, trabajo fuera de casa, no, y luego pues me arreglo para tener mi espacio. Por la noche doy una vuelta con mis amigas, y la salud la verdad es que no me cuido, como mucho y además no tengo ningún problema para comer, y para mí lo más importante es estar una hora u hora y media sin mi marido, sin mi madre, sin mis hijos y estar con mis amigas, olvidarte de que eres madre, bueno, olvidar, es una forma de decir, porque no te olvidas, luego están allí todos, pero, bueno, me hecho unas risas con mis amigas, decimos disparates y luego igual de tanto reír nos caen lágrimas de los ojos... pero, bueno, para mí lo más importante es eso, estar con mis amigas y que no me quite nadie mi paseo o vuelta de todos los días. Y eso lo llevo muy mal, si algún día no puedo ir» (E.9).

3.4.4. *¿Cómo vislumbran su cuidado en el futuro?*

Para terminar el apartado dedicado al cuidado de personas mayores y de cara a vislumbrar algunas de las claves del modelo de cuidado con que se pueda contar en el futuro es importante recoger las ideas básicas que sobre el cuidado de ellas mismas cuando lleguen a mayores tienen las mujeres de la generación intermedia:

- La idea del derecho a ser cuidadas de la generación mayor, ya no se siente ni se expresa de la misma forma en esta generación.
- Toma fuerza la idea de las residencias como opción para ellas en situaciones de cierta dependencia, señalándose que además de un cambio de mentalidad, es necesario una mejora en las condiciones de las residencias (flexibilidad en la organización de horarios y fomento de la autonomía personal).
- Si bien se ve claro que en el futuro lo habitual será externalizar los cuidados (*residencia*), también se destaca que posiblemente a una misma no le ocurra porque sus hijos querrán cuidarle.
- Al diagnóstico de la situación actual que hacen estas mujeres se añade la idea de que en el futuro las familias van a ser pequeñas y ello será otro obstáculo de cara a garantizar el cuidado en el entorno familiar.

4. LA RED SANITARIA



Este último capítulo está dedicado al análisis de los usos y las percepciones de las mujeres de las distintas generaciones acerca de la red sanitaria de la CAE.

4.1. Dispersión de equipamientos y servicios

La red rural de equipamientos y servicios sanitarios se caracteriza por su *dispersión*. El grado actual de tal dispersión es asumido con normalidad por hombres y mujeres del medio rural, donde se tiene generalmente interiorizado el hecho de que para obtener determinada atención resulta imprescindible desplazarse. El asumir dicha normalidad se refuerza en algunos casos por la comparación entre las situaciones pasadas y las actuales, esto es, por la constatación de que antes la dispersión de los servicios sanitarios era aún mayor.

Aquí se concreta una de las diferencias de percepción entre las mujeres que viven en el medio rural y aquellas que viven en el medio urbano. Para estas últimas, dicha dispersión y el consiguiente desplazamiento que supone es un factor de inseguridad en contraposición a la seguridad que produce la cercanía de los servicios sanitarios, el «tenerlos a mano» en el medio urbano. Por su parte, las mujeres que viven en el medio rural también señalan lo positivo de tal cercanía, pero asumiendo que en el medio rural ésta siempre habrá de ser relativa; subrayan, en cambio, que desde las instancias públicas de salud se trabaje para mejorar la integración de tales servicios en la *cercanía relativa* que es característica de la vida cotidiana en el medio rural⁴⁰. De hecho, el adoptar soluciones concretas respecto al transporte (protocolos de revisiones incluyendo el transporte, desplazamientos en ambulancia, ambulancias medicalizadas, etc.) y las comunicaciones sanitarias (GPS pormenorizado, tele-alarmas, atención telefónica, etc.), contribuiría a securizar la asunción de esta dispersión. Asimismo, se señala que la distancia a determinados equipamientos y servicios sociosanitarios es la causa de que ese medio rural que en la salud es considerado como mejor que el urbano, en situaciones de enfermedad sea considerado como que supone una serie de desventajas importantes.

«-baina hori nola ez dakit esan nahi dut zerbait gertatzen bada hemen

3.-pues elikoteroz edo ez dakit

-bueno baina ez dakit nork baina ez duzue informazinarik bueno zerbait gertatzen baldin bada badakit elikoteroz etorriko dela

3.-112, 112, 112 (barreak)

⁴⁰ Cf. Santamaría, Pilar; Arrieta, Eider; Jausoro, Nekane; Davila, Andrés y Hernández, Ana: 2004:40-43.

2.-ni goatzen naiz leno etxez etxeko lanian lanian jarduten nitzanian ba adibidez A.n bat gaixotu zan atake epilektikok eman zizkion eta behar genun ambulanzti ambulanztiri deitu giوندun B.tikan gora ezintzan etorri gu baserri-ra joan ginan ba ez dakit nola jaitxi ginan kotxekin ez dakit nola jetxi ginan porque zeuan elurra ba ambulanzti gelditu zen hemen zeaian erdibidian gora iyoezinik ezintzan hua etxetik atea gu kotxen bera jetxi ginan baino gora ezin giñun atea eta ordun berriz deitu genun bonberota deitu eta patrol espezializatutako kotxe bat biali zuen porque ezin gendun aitona hua atea eta juxtu goiko kruzea ambulanzti juxtu juxtu aileatu zan eta atea behar izan zuen patrulla batekin. Baina haber esaiazu ba atake epiletiko batek eman eta buelta eman ziolako ba ez dakit ze gertatuko zen bestela ondo ateazan eta kitto. Beino hoi dena pasatzeko juxtu nik hamarretan hartu nun abixua eta hua handikan atea zaneako ordubata ordubataterdik zan. Ordun ba.

3.-Bai arlo hortan, arlo hortan gero klaro nere gizonak por ejemplo gauzak igual bea etxean dago eta gauzak beste filosofia batekin hartzen ditu ez ni klaro ni etorri naiz C.tik [hiria] ordun ni erretzen naiz o sea nik ikustetenian ezin detela bueno lehendabizi klaro elurra da niretzat... o sea en fin (barreak) no se eta kotxekinda eta orduan ni kabreatu eiten naiz o sea hasten naiz baino bueno haber hau gertatzen da D.n, D.n [hiria] bertan gertatzen da hau eta bueno o sea ezinezkoa da herri bat inkomunikaturik egotea eh zea ez ez o sea eta zergatik eta hori ez baino esan nahi det porque hor ba bueno ba komunikazioak eta porque nik uste ez dala hainbeste udalaren kontua zeren hori gertatzen da herri guztietan herri txiki guztietan orduan klaro jode diputazioa la leche o seaz bidesareak eta gatza eta hauta eta bueno zer ez bakarrikan errepede nagusiak eta geuk pe ez al o sea hombre nik igual ez det exijituko prestazio berdina eta momentu berdinean baina bai minimo batzuk eta minimo hoiek momentu honetan ni desde luego o sea nago esan da (barreak) eta klaro lanea joan behar dezu eta eske gainea ez dizute sinesten txarrena da ez dizutela sinisten baino nola inkomunikaturik? Pero ze esaten ai zea baino o sea ez dizute sinisten eta nik ustet hor e minimo batzuk behar direla o sea inkomunikazio egora hoiek bueno ez dakit 24 ordu 48 ordu bueno»⁴¹ (G.1)

⁴¹ «-pero eso quiero decir si pasa algo aquí

3.-pues en helicóptero, o no sé

-Bueno, pero no sé quién tendría que dar, pero no tenéis información, bueno si pasa algo ya sé que vendrá el helicóptero, pero

3.-112, 112, 112 (risas)

2.-yo me acuerdo antes cuando hacía la ayuda a domicilio, pues, en A a uno le dio un ataque epiléptico y necesitábamos una ambulancia, llamamos a una, pero la ambulancia no podía subir de B hacia arriba, entonces nosotros nos fuimos al caserío y no sé cómo pero bajamos con el coche, había nieve y la ambulancia se quedó a medio camino, sin poder subir arriba, y a aquel abuelo no podíamos sacarle de casa, y nosotros bajar ya bajamos, pero luego no podíamos subir, y entonces llamamos a los bomberos y mandaron un patrol especializado porque no podíamos sacar a aquel abuelo

Partiendo de que la situación actual es considerada de manera satisfactoria, se sugiere de todas formas la posibilidad de realizar determinados controles rutinarios en los pueblos, sobre todo en relación al control del «niño sano» (de manera que se desplacen profesionales a cada núcleo rural en lugar de pacientes al de referencia), y aunque en menor medida, también a los controles ginecológicos. Por otra parte, dadas las distancias de vecindad, se muestra interés en que las mismas sean tomadas en cuenta a la hora de planificar las visitas a domicilio de las profesionales sanitarias, ya sean visitas rutinarias o puntuales, en términos de tiempos de desplazamiento.

4.2. Tres enfoques generacionales

En este punto hemos de considerar la distinta relación de cada generación con los servicios sanitarios según las peculiaridades que, en términos de salud y enfermedad, representa cada una de ellas respecto a cada momento del ciclo vital.

4.2.1. *Generación Mayor: Figura del médico y uso de los servicios sanitarios*

La consideración de *la figura del médico* varía según la generación a la que atendamos, siendo muy distinta la manera en que las mujeres mayores ven al médico en comparación con cómo lo hacen las mujeres de la generación intermedia.

Entre las mujeres mayores, en concreto, la figura del médico ocupa un lugar muy importante. Al médico se acude cuando se siente un dolor o se tiene una situación de enfermedad y no en otras circunstancias, al considerar que «al

del caserío, y la ambulancia llegó muy justo y tuvimos que sacarlo con una patrulla. Pero ya me dirás, le dio un ataque epiléptico y porque se recuperó, si no, yo no sé qué pasaría, pero bueno, salió bien y listo. Cuando pasó todo eso a mí me avisaron a las diez, y eran la una o la una y media cuando le sacaron de allí. Entonces, pues.

3.—Si en ese aspecto está mal. Y, claro, mi marido ve las cosas de otro modo, él está en casa. Pero yo he venido de C (ciudad), entonces me enfado en seguida, o sea, cuando veo que no puedo por la nieve... o sea, en fin (risas), no sé, y me cabreo mucho cuando cojo el coche y empiezo a pensar si eso pasase en D (ciudad)... me parece impensable que un pueblo se quede incomunicado, porque en los pueblos o ciudades, pues, las comunicaciones son mejores, pero, además, yo pienso que todo eso tampoco es competencia del ayuntamiento, porque todos los pueblos pequeños quedamos incomunicados, y entonces, claro, jode, la diputación, jode, ya podría hacer algo en la red viaria, echar sal y cosas por el estilo, pero no sólo en las carreteras principales, yo no pido las mismas prestaciones que en el núcleo urbano o la ciudad, pero, al menos que tengamos unos mínimos, ¿no? Yo, desde luego, en un momento concreto lo tengo dicho (risas), porque, claro, tienes que ir a trabajar y lo peor es que llamas y no te creen, y te dicen ¿Cómo que estás incomunicada? Pero, bueno, qué me estás contando, no te creen. Y yo creo que tendría que haber unos mínimos, para esas situaciones de incomunicación. 24 o 48 horas, no sé» (G.1)

médico no hay que molestarle». Destacan los siguientes rasgos significativos de la relación que cultivan con la figura del médico⁴²:

- Una mayor *distancia*, que ha de ser entendida en términos de cierto «respeto», dado que estas mujeres contemplan la relación entre médico y paciente como jerárquicamente establecida, atribuyéndole a la posición del médico su preeminencia en razón de su conocimiento profesional (una percepción que, sin embargo, ha cambiado entre las mujeres de la generación intermedia, como veremos más adelante);
- Dificultades en la *comunicación* que se acrecientan cuando se trata de médicos especialistas.

«no sé, no sé es que yo no he sido nunca pa decirles o no sé, no sé» (E.3)

Tanto porque el médico no se explica como porque una no sabe cómo transmitirle al médico lo que tiene y cómo preguntarle.

- Asimismo, puede haber *insatisfacción* con lo que el médico ofrece y, en algunos casos, se recurre al autocuidado (la opción del autocuidado está muy relacionada con el acceso a la información que ofrecen algunos programas de radio y TV), así como a la medicina privada y en menor medida a terapias complementarias. Pero estas situaciones de insatisfacción, que en la generación intermedia dan en algunos casos lugar a un cuestionamiento de la propia medicina, no tienen el mismo efecto entre las mayores.

Generalmente la insatisfacción tiene que ver con que el médico no explica cómo hay que cuidarse, sobre todo con respecto a hábitos cotidianos. Esa ausencia de explicaciones de lo cotidiano choca frontalmente con la interiorización de las mujeres mayores de que la salud está muy relacionada con dichos hábitos.

De todas formas es importante destacar que entre algunas mujeres mayores, la idea de «distancia» *va perdiendo fuerza*. Hoy en día se da una mayor confianza, entre otros motivos porque el relevo generacional entre los profesionales de la medicina lleva aparejado una diferente manera de plantear la interacción médico/paciente, a través de un trato más estrecho así como del reconocimiento de un mayor protagonismo de la paciente (familiaridad, atención en la escucha, etc.).

⁴² Como se verá, a lo largo de este capítulo se hace especial alusión a la figura del médico dado que otras figuras sanitarias (como, por ejemplo, enfermeras y enfermeros) no son tenidas en cuenta por muchas de las personas entrevistadas. En relación al análisis de la desigualdad de género que subyace al hecho de que la figura de la enfermera esté invisibilizada y todo el protagonismo recaiga sobre la del médico es muy interesante conocer las reflexiones de María Jesús Izquierdo (1995).

«Ba... ba... bai, honekin konfiantza gehigo beharbada, hue ere edade gehixaokua zan, nik nola esango nizuke ba, mediku, mediku bezala, hau ia lagun bezela hartzen duzu, hure»⁴³ (E.1)

De ahí que haya ido cobrando importancia la demanda, entre algunas mujeres de esta generación, de un buen trato e incluso de «el cariño» en la atención, teniendo en cuenta, además, que la persona enferma tiene que saber comportarse, siendo importante que médico y médica traten «bien» a cada paciente y viceversa.

Por lo que respecta a la *utilización de los servicios sanitarios*, las mujeres de la generación mayor suelen hacer referencia al hecho de que muchas de ellas acuden solas a la consulta del médico de familia, si bien no les falta quien les acompañe en caso necesario; por lo general, son otras mujeres (hijas, nuerras, etc.), aunque el acompañante puede ser en algunos casos un hombre (hijo o marido) que lo habitual es que no entre a la consulta.

Las mujeres mayores del medio urbano consideran que la mayor distancia a los servicios médicos del medio rural debe causar intranquilidad en las mujeres mayores de ese medio, dado que ellas mismas perciben que el tener al médico cerca produce mucha seguridad. Lo cierto es que la lejanía/cercanía de los servicios influye en su utilización; de hecho, las persona mayores que viven en zonas especialmente alejadas respecto a los servicios y equipamientos sanitarios pueden encontrarse con facilidad en alguna de las siguientes situaciones:

- una mayor *capacidad de autogestión de la salud*, cuestión que es subrayada por algunos miembros del personal sanitario a quienes se ha entrevistado y que valoran de forma positiva tanto la utilización de los servicios como la capacidad de las personas mayores de gestionar la propia salud;
- en determinadas situaciones, una *dejación de la propia salud* y su correlato sanitario.

Para hacer frente a estas situaciones es importante que el transporte sea muy tenido en cuenta, habida cuenta de que en determinadas situaciones concretas, como es el caso de las mamografías, las iniciativas de transporte ligado a revisiones han tenido una incidencia muy positiva. Sería interesante hacer extensible esta fórmula.

Por último, y en relación al uso de los servicios sanitarios por parte de las mujeres de la generación mayor, procede señalar que pueden darse situaciones de utilización «intensiva» de tales servicios, si bien ello no es común y suele

⁴³ «Pues... sí... con éste más confianza, aquél también era más viejo, cómo te diría, pues, como médico éste es casi-casi un amigo» (E.1)

estar relacionado con situaciones en que otras cuestiones más amplias que podíamos enmarcar dentro de lo sociosanitario no están resueltas (inseguridad, soledad...). En este sentido, parece importante hacer una reflexión acerca de la definición de competencias de cada uno de los agentes que componen la red sociosanitaria de atención para dar respuestas cada vez más integrales a este tipo de cuestiones.

4.2.2. *Generación Intermedia: La figura del médico es para los demás*

Al hablar de salud, la figura médica resulta menos central para las mujeres de la generación intermedia que para las de la generación mayor; para aquéllas la salud está en menor medida ligada a lo sanitario pues es la enfermedad la que se encuentra ligada a éste. Para esta generación, la figura médica está relacionada sobre todo con dolencias o malestares de alguna persona del entorno; son éstas las situaciones más habituales en que se acude al médico mientras que, tratándose de sí mismas, acuden a la consulta cuando ya no pueden más.

«3.–Ezin dugunean,
 2.–oso derrigorra etortzen zaigunean,
 5.–Eon behazu en plan oso gaizki, baino oso –oso gaizki.
 2.–Honbre nor bea, adibidez inguruko norbait ikusten baezu ondoezik daola
 4.–Bai, bai
 2.–harekin azkar muitzen zea baina norbere burukin ahalik eta beandue-na eta...
 5.–ingurukok denak muiteztuzu lehenengo egunen baino zuk ez, pasakoa ta.
 (barrez)»⁴⁴ (G.1)

⁴⁴ «3.–Cuando no podemos más,
 2.–cuando no tienes más remedio,
 5.–Pero para eso tienes que estar muy mal, pero que muy mal.
 2.–Hombre cada cual, si ves a alguien de tu alrededor que está muy mal
 4.–Sí, sí
 2.–cuando se trata de otros vas enseguida, te mueves enseguida, pero cuando se trata de una misma vamos lo más tarde posible...
 5.–cuando se trata de otros desde el primer día ya les llevas a donde sea, pero cuando se trata de una misma piensas que ya pasará.
 (risas)» (G.1)

Explican este hecho como una consecuencia de que ellas mismas constituyen el núcleo de todo cuidado, teniendo a su cargo hijas, hijos, padres, madres, familiares... Si no pueden dejar de funcionar es porque no pueden permitírse-lo dado que tienen bajo su responsabilidad las tareas del día a día.

Dado que acuden al médico en situaciones de malestar de las personas del entorno, no es de extrañar, que desde el propio personal sanitario se mencione que las mujeres «demandan más». Son ellas las que tienen el hábito adquirido de tratar con los profesionales de la salud y de preocuparse por saber o conocer todo aquello relacionado con su divulgación.

En este contexto, donde se acude al médico principalmente cuando una persona del entorno lo necesita, si hay algún profesional sanitario de referencia es la pediatra; figura a la que se recurre no solamente por problemas concretos de salud sino también para hacer frente a la nueva situación que supone la crianza de descendientes, sobre todo durante los primeros años. En concreto, ocupa un lugar primordial cuando la niña o el niño se encuentra aún en los primeros meses de su vida, y más si la madre es primeriza, porque intermedia entre el conocimiento adquirido por la experiencia (de las abuelas) y la falta de conocimiento experiencial (de la madre), de manera que dicha figura resuelve—debido al conocimiento legítimo (profesional) otorgado por la madre— los conflictos que pueden surgir en tales casos. Dado que se buscan seguridades, las situaciones de dudas o incertidumbres (como la falta de consenso respecto a determinadas vacunas) producen malestar; aunque, por otra parte, entre las madres con una perspectiva de la salud más ligada a las terapias naturales se produce un malestar derivado, precisamente, de las campañas de vacunación propuestas a través del pediatra por el sistema sanitario.

Lo habitual es que las mujeres de la generación intermedia acudan al médico solas cuando se trata de un problema de salud de ellas mismas. En las situaciones de enfermedad se aprecia que las parejas hombres empiezan a acompañar, lo que es valorado muy positivamente por las mujeres que, además, denuncian lo frecuente que resultan situaciones en que una mujer está padeciendo una enfermedad grave y su pareja no reacciona de forma adecuada o se esconde⁴⁵. Por otra parte, otras mujeres de la familia o las amigas suelen asumir este papel de acompañantes en la enfermedad.

4.2.3. Generación Joven: Relación esporádica con el sistema sanitario

Para las mujeres de la generación joven ni el sistema sanitario ni sus profesionales se hacen tan presentes como entre las de otras generaciones, a tenor

⁴⁵ La diferencia de género marca estas situaciones donde suelen ser hombres quienes «no aguantan» o «son débiles» en casos de determinadas enfermedades graves de su pareja mujer (cánceres, por ejemplo) mientras que la situación contraria resulta mucho menos frecuente.

de una relación más esporádica, consistiendo por lo general en contactos puntuales. De todas formas es muy interesante ver cuáles son las prácticas que mantienen y qué significados les están dando, dado que las instituciones sanitarias deben de tener en cuenta las tendencias de las personas más jóvenes, a la hora de planificar la atención y el servicio. En este sentido consideramos que hay dos elementos destacables:

- Cuando hay una situación de buena de salud y se tiene un problema concreto, no grave, se considera aconsejable acudir al médico en la menor medida posible y en algunos casos acudir solamente para contar con el diagnóstico. Parece que en la base de esta práctica hay una desconfianza hacia los medicamentos; de hecho, no es inusual que una vez conocido el diagnóstico, y si éste no se considera grave, se ponga en práctica un auto-cuidado sin medicación.
- En algunas situaciones de enfermedades crónicas se señala la necesidad de una mejora en la capacidad de comunicación del personal sanitario con la paciente así como la conveniencia de poner a disposición de ésta los recursos necesarios para que pueda conocer su enfermedad, adaptar sus hábitos... es decir, adoptar una posición activa en tal situación de enfermedad.

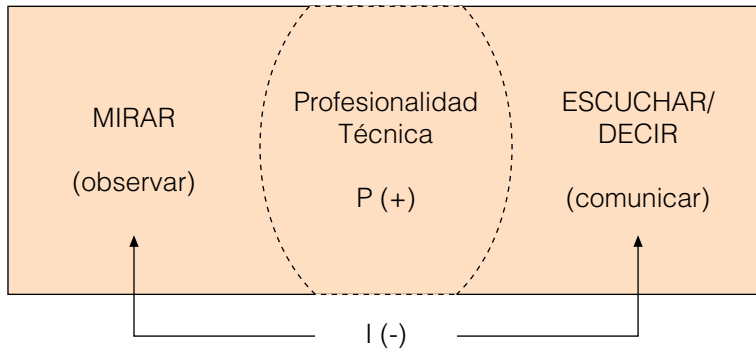
En definitiva, entre las mujeres de la generación joven se hace más presente una perspectiva de autogestión de la salud en comparación con las mujeres de las demás generaciones, sobre quienes recae una mayor responsabilidad respecto al mantenimiento de la misma, siendo el médico un agente que contribuye a ello.

4.3. Atención profesional

4.3.1. La importancia de una «buena atención»

Se le concede mucha importancia a recibir una «buena atención», concretándose ésta en el hecho de que *te miren* (una buena observación), que *te escuchan* y que *te expliquen* (una buena comunicación); esto es, que te presten atención, en el sentido más pleno de la expresión.

Aunque en determinados casos esto se echa en falta entre los especialistas de la sanidad pública, sin embargo estas mujeres no lo atribuyen a una escasa profesionalidad técnica por parte de aquellos sino al descuido de tal *atención comunicativa*, achacándolo en gran medida a las condiciones de trabajo que les impone la institución sanitaria misma y, en concreto al escaso tiempo de consulta de que disponen. De ahí que tanto la queja como la demanda se dirijan, en este caso, más hacia la propia institución (I -) que hacia cada profesional (P +):



Con respecto a la idea de la «buena atención» es importante destacar que las situaciones de insatisfacción se refieren sobre todo a los especialistas, dado que *la atención primaria está muy bien valorada* en este sentido. Como los propios profesionales sanitarios destacan, tanto el cupo (más reducido que en el medio urbano) como la socialidad específica de lo rural (mayor cercanía en el trato y posibilidades de conocer el entorno de cada paciente e incluso de coordinarse con otros agentes de la zona), permiten que el trato sea más cordial y personalizado en la atención primaria del medio rural. En este sentido, si bien es cierto que la espera prolongada para entrar en consulta se considera un problema, la misma es asumida de buen grado dado que en la consulta se recibe una «buena atención» personalizada.

Actualmente el concepto de medicina comunitaria está adquiriendo cada vez más relevancia, existiendo un debate acerca de las maneras de interrelacionar profesionales sanitarios con otros agentes (asistentes sociales, maestros y maestras, educadores y educadoras sociales, etc.) a través de diferentes programas de sensibilización, información, formación... desarrollados en colaboración. El medio rural constituye un espacio con las mejores condiciones para avanzar en este sentido.

«...la pediatra tiene mucho contacto con los Agentes Sociales, con las Escuelas de la zona, entonces tiene mucho contacto y a nada que ellos también detecten algún problema enseguida se los notifican y ya vamos haciendo un abordaje global» (EP.5).

En relación a la importancia atribuida a la «buena atención», las mujeres destacan las siguientes consideraciones:

- Aunque la atención está bien valorada, en los casos en que la paciente quiere *cambiar de médico* la situación difiere de la que se daría en un entorno urbano, dado que la lejanía de otro profesional dificulta el cambio.

- La importancia que se le concede a la idea de que el personal sanitario te escuche es más acentuada en el caso de *personas con enfermedades crónicas* dado que éstas tienen un conocimiento adquirido en la propia experiencia que es de gran utilidad (principalmente en los casos en que su médico habitual no esté, pero también en otros casos).
- Cuando hay situaciones delicadas de salud la cuestión de la demanda de buena atención, se hace extensiva también a la persona que acompaña o a la cuidadora.
- Por otra parte es importante señalar que la *buena atención*, sobre todo en su vertiente comunicativa, es decir en el decir, explicar y escuchar, se considera como una cuestión que debe ser *adaptada a las situaciones concretas*. En este sentido se menciona la importancia de ofrecer un trato más cuidadoso a algunas personas mayores, a personas con enfermedades severas y a personas procedentes de otras culturas⁴⁶.

La relación médico/paciente ha conocido cambios importantes a lo largo del tiempo, transformándose tanto el estatus como las prácticas de cada una de las figuras que la protagonizan (Herzlich y Pierret, 1991). De hecho, *la manera en que la generación intermedia se relaciona con el personal sanitario difiere de la de la generación mayor*. En la búsqueda de una mejor atención comunicativa, en mayor o menor medida, las mujeres están pidiendo más explicaciones; algunas también solicitan que sus propios conocimientos sean tenidos en cuenta y que se les respete la capacidad de tomar decisiones. Se demanda asimismo alguna forma de diálogo más de igual a igual con los profesionales sanitarios, un diálogo en el que cada parte movilice sus propios recursos (conocimientos, experiencias, etc.).

4.3.2. La figura de la enfermera

En general, la figura de la enfermera aparece desdibujada porque lo sanitario se identifica de forma casi automática con la figura dominante del médico.

Ahora bien, desde la perspectiva de algunas personas con enfermedades crónicas, la enfermera presenta un papel bien definido y muy bien valorado como profesional que acompaña y ofrece un asesoramiento práctico en diferentes ámbitos, desde la modificación de ciertos hábitos (de alimentación, de cuidados...) hasta la información sobre aspectos complementarios de la enfermedad (caso de la existencia de asociaciones, por ejemplo).

⁴⁶ Aunque no hay lugar en esta publicación para profundizar sobre el tema, no dejaremos de señalar la importancia que tiene una buena gestión de la distancia cultural si se pretende que las personas procedentes de otras culturas reciban una atención sanitaria adecuada.

4.3.3. Personal sanitario a domicilio

En cuanto a los programas de seguimiento y atención a domicilio son bien valorados, si bien se demanda un impulso mayor de éstos enfocándolos desde una perspectiva rural a la hora de diseñarlos, toda vez que la dispersión de barrios y caseríos en el medio rural condiciona el funcionamiento de tales programas. En este sentido, se demanda una especial consideración hacia este tipo de atención, teniendo en cuenta para ello los tiempos de desplazamiento y las distancias reales.

Este servicio es especialmente valorado de cara a la atención de las personas mayores que viven solas en caseríos y barrios de los pueblos. Es valorado sobre todo desde un punto de vista sanitario, pero también desde la idea de que los sanitarios pueden llegar a contactar con personas que se encuentran en situaciones de desatención sociosanitaria y derivar las necesidades detectadas hacia las y los profesionales correspondientes. La posibilidad de atención a domicilio reporta seguridad tanto a quienes se benefician de ella como a sus familiares.

4.3.4. Atención telefónica del personal sanitario

En situaciones de enfermedades largas el servicio de atención telefónica está muy valorado porque resuelve dudas en el momento, evita desplazamientos y da seguridad. Se trata de una herramienta de apoyo a la gestión de su situación por parte de la propia enferma (o también la persona cuidadora) que cuando no existe se echa en falta.

4.3.5. Idioma de atención sanitaria: Euskera/Castellano

La comunicación en el idioma propio, sea éste euskera o castellano, es la situación ideal. Sin embargo, la misma se hace más difícil cuando, en aquellas zonas sociolingüísticas con mayor presencia de euskaldunes, la posibilidad de utilizar el euskera como lengua de comunicación con los profesionales sanitarios no siempre es posible y resulta especialmente problemática, sobre todo, en los casos tanto de niñas y niños como de personas mayores que han de acudir acompañados de quien les haga una labor de traducción (imprescindible para la correcta explicación recíproca), con el obstáculo que ello supone en la relación directa entre profesional y paciente.

El hecho mismo de que tales profesionales sean capaces de atenderles en euskera les reviste de una mayor familiaridad o cercanía por parte sus pacientes euskaldunes y, en este sentido, es de señalar tanto el interés como la importancia de incorporar profesionales euskaldunes en zonas de perfil sociolingüístico euskaldun.

4.4. **Ámbito hospitalario**

Al igual que ocurre con los servicios y equipamientos sanitarios públicos en general, la necesidad de desplazamiento está asumida aún con mayor naturalidad. Ahora bien, tratándose de una hospitalización, lo anteriormente mencionado acerca de la importancia de un buen trato (decir, explicar, escuchar) cobra una mayor relevancia.

En este sentido, se señala que el sistema hospitalario *no considera suficientemente la figura del paciente dependiente ni de quien se encarga de su cuidado*. No hay una respuesta sistemática a las situaciones de estas dos figuras y por ello su tratamiento depende de cada hospital y de la relación que se entable con las profesionales de la enfermería. Por parte de algunas mujeres se plantea una demanda de servicios para este tipo de situaciones, sobre todo entre aquellas que están o han estado implicadas en trabajos de cuidado de parientes en hospitalización, dado que la idea de que estos pacientes tienen que estar acompañados está muy arraigada y recae en mayor medida sobre las mujeres.

Un uso no correcto de urgencias está mal visto, aunque a veces se utilizan debido a que se considera la mejor manera de obtener no sólo un servicio rápido, sino también un examen completo al momento (analíticas, radiografías...).

Por lo que respecta a los traslados de urgencia a hospitales, se señala el interés de que ambulancias y centros coordinadores cuenten con programas informáticos y con información actualizada de accesos tanto a barrios como a caseríos. Cuestión a la que desde las asociaciones de mujeres rurales y mujeres agrarias se le otorga especial importancia, considerando que además su implantación no requeriría demasiados esfuerzos por ser relativamente sencillo y que tendría una incidencia muy positiva.

El servicio de hospitalización a domicilio, aún no siendo muy conocido por su implantación únicamente y de manera limitada en el medio urbano, sin embargo se considera especialmente interesante para el medio rural⁴⁷.

4.5. **Sanidad privada**

En líneas generales, el servicio ofrecido por la sanidad privada no es considerado como superior al ofrecido por la sanidad pública. De hecho, lo habi-

⁴⁷ En el medio urbano donde esta posibilidad ya existe, las mujeres de la generación mayor relatan experiencias positivas de hospitalización a domicilio aduciendo que, por una parte, se está en el propio domicilio (lugar afectivo que se conoce y se controla) y, por otra parte, se tiene la seguridad de estar tanto cuidada como controlada por el equipo sanitario encargado de dicha función.

tual es acudir a la sanidad pública, aunque se acude igualmente a la privada en situaciones tales como:

- Revisiones ginecológicas, debido bien a la larga lista de espera en la red de sanidad pública, bien porque se considera que «miran mejor» («ez dakit rebisio konpletuago egiten dizue») o bien porque dan más confianza.
- Determinadas especialidades como oftalmología y estomatología, señalándose en el caso de los dentistas el desembolso económico que supone.
- Pedir una segunda opinión especializada.

En definitiva, los tres factores fundamentales que invitan a acudir a la sanidad privada a pesar de su elevado coste económico para quienes no dispongan de un seguro privado, se concretan en: poder acelerar el proceso de diagnóstico o tratamiento (evitando listas de espera); tener una mayor flexibilidad de horarios (tardes, fines de semana, etc.) y conseguir un trato comunicativo (donde te miran y explican mejor). Esto último, sin embargo, se formula de forma clara pero con reticencias dado que la imagen de los profesionales de la sanidad pública está bien valorada.

4.6. Terapias complementarias

La utilización de la homeopatía (y en menor medida de otras terapias complementarias como masajes, osteopatía o naturopatía) tiene que ver fundamentalmente con alguna de las siguientes situaciones:

- Problemas de salud considerados importantes en personas adultas o no tan trascendentes en niñas y niños (en caso de hijas e hijos pequeños se acude con más facilidad) cuando por la vía de la medicina oficial no se ha conseguido resolver un tema concreto («cuando estás mal vas a donde haga falta y yo fui»).
- Madres que quieren dar a la salud de hijas e hijos un enfoque distinto que complementa el de la medicina oficial. Este enfoque tiene que ver con la prevención, más desde el punto de vista de la salud que de la enfermedad. En estos casos se percibe un elemento crítico respecto a la concepción de la salud y la enfermedad en la medicina oficial. Se menciona que estos enfoques conllevan unos ritmos que pueden chocar con el ritmo de vida cotidiano actual, dado que se trata de terapias integrales que pueden afectar a la vida cotidiana (alimentación, hábitos adquiridos, etc.).
- Es importante destacar el hecho de que las mujeres se acercan a las terapias complementarias a partir del interés por la salud de las personas del entorno, principalmente de sus hijas e hijos, y en menor medida de la propia salud.

El uso de las terapias complementarias lleva en algunos casos al cuestionamiento de la medicina oficial, la cual a pesar de ello sigue disfrutando de una alta *legitimidad social*:

- Las terapias complementarias, llegando en algunos casos a ser consideradas como primera opción, son sustituidas por la medicina oficial en caso de no mostrar que funcionen, siendo incluso desplazadas a un segundo plano en casos de grave enfermedad.
- En otros casos, el nivel de legitimidad que estas terapias han alcanzado es menor, mencionándose que su función puede ser en mayor o menor medida la de placebo («Hace bien, bueno puede que sea psicológico, pero hace bien y eso es lo importante») e incluso señalándose que estas terapias son cuestión de creencias o de fe.
- Por otra parte, la utilización de estas terapias está ligada al poder adquisitivo, dado que no siempre se puede hacer frente al desembolso continuado que suponen.

4.7. Cuestiones específicas de determinados colectivos

- La situación actual de las mujeres que no tienen una relación laboral en el marco de una empresa conlleva claras desventajas en cuanto a posibles revisiones en el centro de trabajo, normas de higiene y seguridad, etc. Este es el caso tanto de las cuidadoras, como de las trabajadoras del hogar (profesionales y no profesionales) y de las agricultoras. Entre algunas mujeres hay reivindicaciones o demandas relativas a la puesta en marcha de programas específicos de atención a la salud en este tipo de trabajos.
- Entre las asociaciones de mujeres agrarias y las organizaciones sindicales se ha mostrado el interés y la necesidad de un protocolo sanitario de revisiones en términos de salud laboral que tenga en cuenta la incidencia de factores específicos de la actividad en su salud: sobrecargas físicas, uso de fitosanitarios, etc.

5. SÍNTESIS Y ELEMENTOS A DESTACAR

Las mujeres entrevistadas consideran la salud como «bienestar personal», lo que en modo alguno se obtiene exclusivamente de los profesionales sanitarios sino que depende de cada persona y de su entorno –tanto natural como social–, de su ritmo de vida, de las relaciones personales que se mantienen, del tiempo propio de que se dispone, etc. Se trata de una definición de salud en la cual la *dimensión emocional* tiene un peso específico muy importante. De ahí que demandas como las realizadas acerca de la diversa oferta de actividades socioculturales, con el transporte incluido, se hagan desde una perspectiva de actividad favorecedora de la salud, atendiendo precisamente a esta dimensión. Así, *cuidarse* se ha convertido en algo importante para todas las generaciones, si bien unas pueden hacerlo y otras no, ya que cuidarse implica disponer de tiempo propio y éste es muchas veces escaso o nulo.

Desde el punto de vista de las mujeres rurales, el medio en el que viven es más sano que el medio urbano porque tanto las relaciones cotidianas de vecindad que le son características como el propio paisaje, su limpieza y tranquilidad, configuran un entorno particularmente grato. Asimismo, la alimentación es considerada más sana en dicho entorno debido a la cadena corta y la seguridad que ésta ofrece, tanto a hombres como a mujeres; en este sentido, no sólo se destaca el contar con materias primas más sanas sino también la manera en que se cocina y los ritmos de comidas como más adecuados para la salud.

De todas formas, es importante tener en cuenta que el estrés, la rapidez y artificialidad de las comidas, la ausencia de relaciones vecinales y otras imágenes urbanas en oposición a las cuales se construye en gran medida esa imagen de «medio rural sano», amenazan con instalarse también en el medio rural; de hecho, desde el punto de vista de las propias mujeres, en cierta medida ya lo han hecho. Lo cierto es que no se ofrece una imagen idílica del medio rural, sino que se trata más bien de que en el actual contexto, el medio rural ofrece ciertos elementos que permiten gestionar mejor cuestiones tan distintas como el estrés cotidiano y la incertidumbre en la seguridad alimentaria.

En relación con los ritmos de vida, es importante señalar que hay un aspecto compartido por las mujeres de generación joven e intermedia que está muy relacionado con su salud y al que hemos denominado *posición social descentrada*. Posición que incide de manera negativa en su salud, entendida ésta como bienestar personal, ya que se refiere al estrés derivado de la percepción de no estar nunca en el lugar adecuado, habida cuenta la multiplicidad de tareas y actividades de todo tipo que son asumidas por estas mujeres. En el caso de las mujeres de generación intermedia tiene que ver con las responsabilidades de cuidados asumidas y entre las mujeres de generación joven no sólo con las diferentes actividades que llevan a cabo sino también con las expectativas que ellas perciben que la sociedad les impone.

La delegación de tareas y responsabilidades por parte de las mujeres y la asunción de responsabilidades por parte de los hombres, así como la implicación de las instituciones en determinadas tareas de cuidado pueden constituir algunas de las claves para superar esta posición de descentramiento social de las mujeres que redundaría en una mejora de su salud.

Por otra parte, si bien el medio rural supone más ventajas en términos de entorno saludable, no ocurre así en situaciones de enfermedad ni, en cierta medida, tampoco para el seguimiento sanitario de la salud; por ejemplo, cuando no hay posibilidades de tener médico a la tarde, cuando no hay pediatra o cuando una no está satisfecha con el personal sanitario y aunque pueda cambiar de profesional es complicado porque ello implica desplazarse a otra comarca, etc. En definitiva, hay cuestiones que podrían mejorarse adaptando los servicios a la realidad del medio rural, adoptando las especificidades del mismo como por ejemplo, que tanto la escala como la socialidad que le son propias al medio rural facilita el trabajo en red de los diversos agentes, sanitarios y asistenciales, en comparación con el medio urbano. Otras adaptaciones a la especificidad del medio rural tendrían que ver con mejoras en el servicio de ambulancias de urgencias, mediante ambulancias medicalizadas y sistemas de información geográfica más avanzados que permitan localizar los barrios y caseríos, sería una manera concreta de considerar la dispersión de la población; la cual podría ser tenida en cuenta igualmente a la hora de diseñar programas de seguimiento y atención a domicilio u otros programas de control y prevención (caso del control del niño sano y las revisiones ginecológicas, por ejemplo).

En este sentido, también es importante la puesta en marcha de programas específicos de atención a la salud para las personas, sobre todo mujeres, que no tienen una relación laboral en el marco de una empresa (cuidadoras, trabajadoras del hogar –profesionales y no profesionales–, agricultoras...). Desde el punto de vista de la salud laboral, las mujeres agricultoras reclaman un mayor conocimiento de las incidencias que las actividades agrícolas y ganaderas pueden tener en su salud (aplicación de fitosanitarios y ergonomía –por su incidencia en dolencias reumáticas, articulares y traumatológicas entre otras–), así como un protocolo de revisiones sobre las incidencias de la actividad laboral sobre su salud.

En la concepción de la salud planteada por las mujeres rurales, caracterizada por la interrelación de lo sanitario y lo saludable, destaca la importancia que éstas conceden al cuidado de las personas de su entorno, sobre todo a sus descendientes (niñas y niños) y a sus mayores. Cuidados que van más allá de la atención puntual ya que incluyen la enseñanza y aprendizaje de prácticas y hábitos saludables.

Cuando son dependientes, tanto niños y niñas como personas mayores, condicionan la vida cotidiana, pero en el caso de hijos e hijas esto se asume con

naturalidad mientras que en el caso tanto de padres y madres mayores como de personas enfermas la cuestión puede ser más problemática. La enfermedad puede irrumpir alterando profundamente la vida cotidiana, tanto en una persona joven como mayor; entonces, son las mujeres de la familia quienes se hacen principalmente cargo de esa persona, compartiendo esas tareas de cuidado con otras mujeres profesionales así como con los hombres pertenecientes a la familia, cuya implicación alcanza el mayor nivel cuando se trata de una hija o un hijo enfermo. El cuidado sigue siendo por tanto una cuestión estrechamente ligada a una desigualdad de género, si bien las mujeres de generación intermedia perciben que sus parejas se implican mucho más de lo que en su día se implicaron sus padres.

La cuestión del cuidado de las personas mayores dependientes está especialmente en crisis. Tanto a las mujeres mayores como a las más jóvenes les cuesta hablar con naturalidad del tema; las mayores porque sienten por una parte que tienen derecho a ser cuidadas por sus hijos y sobre todo por sus hijas, mientras ven que éstas están «muy ocupadas» y las de generación intermedia (sobre todo las más jóvenes de esta generación) porque se mueven entre el amor hacia padres y madres, la interiorización de la responsabilidad de cuidar y un contexto social que dificulta el desempeño de las tareas de cuidado. El modelo de cuidado de las personas mayores, va a experimentar profundos cambios en los próximos años y las mujeres entrevistadas nos han dado ciertas pistas para redefinir ese nuevo modelo: por una parte, sería necesario rediseñar el modelo de atención a domicilio para que pueda realmente suponer una alternativa a la residencia o al centro de día; por otra parte, resultaría fundamental introducir cambios en la gestión de residencias y centros de día con la perspectiva de respetar y fomentar la autonomía de las personas mayores, concepto éste de la autonomía personal cada vez más presente. Opciones todas ellas que no deben de perder de vista su inscripción rural.

En el caso de las residencias y centros de día tener en cuenta la perspectiva rural podría traducirse tanto en fomentar la puesta en marcha de las mismas en núcleos pequeños, posibilitando la permanencia de la persona mayor en su entorno familiar y vecinal, como en diseñar estos centros de manera que sean una extensión de la propia casa rural o del caserío (huertas, fuegos bajos, actividades ligadas a los intereses de los mayores, etc.). En el caso de la ayuda a domicilio es importante tener en cuenta que además de constituir un modelo que se adapta a la perspectiva –compartida por las distintas generaciones– de mantenimiento de las personas mayores en el hogar, puede constituir un yacimiento de empleo, si bien varios aspectos de las condiciones laborales tendrían que verse sustancialmente modificados para que esta opción fuera tenida en cuenta por los hombres y mujeres del medio rural.

ANEXO METODOLÓGICO



1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos de la investigación dan cuenta de aquellas dimensiones que, interrelacionadas, conforman nuestro objeto de investigación. Objetivos que en el caso del presente estudio, que pretende profundizar en los significados adscritos por las mujeres que viven en el medio rural de Euskadi a sus prácticas sociales de salud, se concretan en conocer:

- las diferentes definiciones sociales de la salud en el medio rural, estudiando así sus especificidades por lo que respecta tanto al «vivir la salud» como al «vivir la enfermedad»;
- cómo se percibe la existencia de las redes de cuidado (familiar, vecinal, sanitaria...) y cuál es el peso que se le asigna a cada una de ellas: cómo interactúan en la vida cotidiana, si se complementan o contraponen y de qué manera...;
- la percepción del recurso a los servicios de atención sanitaria en el medio rural, interesándonos el tipo de uso que se realiza de los mismos (medicina oficial –pública o privada–, medicina alternativa/complementaria...) teniendo en cuenta situaciones de enfermedad tanto aguda como crónica;
- aquellas propuestas y demandas de cambios, mejoras y necesidades que al respecto se consideran oportunas.

2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El proceso de investigación social cualitativa supone una dinámica abierta que permite:

- Incorporar las novedades que surjan en el propio proceso.
- Trabajar con los diversos agentes concernidos por el objeto de estudio en cuestión.
- Contrastar e integrar las distintas posiciones que se plantean respecto al mismo.
- Explorar las distintas lógicas que dan forma, conjuntamente, a situaciones específicas profesionales, problemas sociales concretos, etc.

No en vano, el enfoque cualitativo se fundamenta en una serie de presupuestos sociales de investigación bien distintos a los, por otra parte más acostumbrados, del enfoque cuantitativo. Una diferenciación entre enfoques de sobra conocida por lo que no haría falta volver a ella una vez más si no fuera porque, precisamente, esa mayor frecuentación suele acompañarse de una transposición generalizada de presupuestos distributivos (esto es, cuantitativos) cuando sin embargo se trata de establecer otros planteamientos (en este caso, cualitativo-estructurales). Puede observarse un claro ejemplo de ello en la habitual referencia a *la población* en lugar de a unos u

otros grupos sociales en estudios de este tipo dentro del ámbito de la salud, sin ir más lejos. De ahí que no esté de más insistir de nuevo, siquiera brevemente, en dicha distinción al objeto de mejorar la comprensión de lo que en el presente estudio se plantea.

La contraposición entre lo cuantitativo y lo cualitativo se remonta a la vieja diferencia establecida entre las magnitudes constituidas mediante cantidades o cualidades. Los términos latinos *quantus* (ya sea como interrogativo: ¿cuánto?, ¿cuán grande?, o como correlativo: tanto como, tan grande como) y *qualis* (bien como interrogativo: ¿cuál?, ¿qué clase de?, ¿de qué modo o manera?, bien como relativo: tal como, tal que, cual...), nos muestran claramente qué se deriva de abordar uno u otro sentido en cada caso. Si conviene recordarlo es debido a los muchos malentendidos que se provocan cada vez que se pretende establecer el carácter cualitativo de una investigación a tenor de la mera aplicación de una técnica o de un tipo de análisis en particular obviando por completo tales presupuestos iniciales que establecen el estudio bien de los elementos (¿cuántos?) bien de las relaciones entre elementos (¿cuáles?) como fundamento metodológico de cada enfoque. Presupuestos a partir de los cuales tendrá sentido trabajar con un determinado tipo de técnicas de investigación u otras (Davila, 1994).

Cuantitativo o cualitativo no es una diferenciación que afecte a las técnicas sino a los procesos de investigación en que éstas se inscriben. La técnica de la entrevista, por ejemplo, podrá adoptar la forma de un interrogatorio o de una conversación, respectivamente, en función de si se requiere que le sean formuladas idénticas cuestiones y de la misma manera a todas las personas (caso del cuestionario semi-estructurado) o no. En este sentido, hemos de subrayar que lo característico de una investigación social cualitativa es su conformación en tanto que *proceso abierto de investigación*, tanto por lo que se refiere al diseño como al análisis o a las mismas técnicas. Al fin y al cabo, como bien nos recuerda Jesús Ibáñez, en una investigación social de enfoque cualitativo, el diseño «será modificado a la vista de sucesos imprevistos que ocurran a lo largo del proceso», el análisis siempre es susceptible de «producir informaciones no previstas en el diseño» y las técnicas, por su parte, se caracterizan por su carácter semi-directivo o no directivo –de ahí la denominación de «entrevista abierta» en vez de «entrevista en profundidad»– (Ibáñez, 1986:78).

Un proceso abierto que se caracteriza por una simultaneidad de tareas, de manera que «el análisis de los datos debe *siempre* acompañar a las entrevistas [o grupos y demás técnicas], puesto que los datos acumulados configurarían los problemas; la consignación por escrito de los datos no se dejará necesariamente para el final sino que a veces puede surgir en el curso

de la investigación, ya que puede ser un modo de afinar el análisis; y la planificación –y los preparativos– inevitablemente se realizarán de forma constante» (Plummer, 1989:97-98). Proceso de producción de datos, por tanto, y no de «recogida» de datos; noción convertida en lugar común de la investigación social a través de la mencionada transposición de presupuestos desde el enfoque cuantitativo y su preconización de un proceso unidireccional, constituido por un paquete cerrado de instrucciones como esquema predeterminado de acción.

Otra de las consecuencias mayores de tal transposición consiste en hacer corresponder el diseño de la investigación con una fase de planificación, previa a una de ejecución, toda vez que de todo lo anteriormente puede deducirse fácilmente la inexistencia de fases en una investigación social de enfoque cualitativo. De hecho, en ellas, el diseño está presente en todo el proceso. Diseño en el que por otra parte cabe distinguir dos momentos: metodológico, por cuanto hace referencia a la elección tanto de la(s) metodología(s) como de la(s) técnica(s) adecuadas para la investigación concreta que se está llevando a cabo; y técnico, ya que se refiere al momento de la categorización, la saturación y la triangulación. Momentos que en el caso de la perspectiva cualitativo-estructural supone la delimitación inicial de una selección o «muestra» tanto del espacio social de estudio como de aquellas posiciones en el mismo a partir de las que se va a trabajar.

Un conjunto de consideraciones de carácter general que, sin embargo, han de traducirse en el planteamiento específico del estudio que ahora nos ocupa. Comenzando por el carácter abierto del enfoque cualitativo, justificado en este caso por el interés de poder trabajar las concepciones sociales de «salud», en concreto aquellos significados que le son atribuidos por mujeres que viven en el medio rural de Euskadi, dando cabida a todo tipo de a priori, prejuicios y expectativas, incluyendo cualesquiera que suelen vehicularse por las representaciones oficializadas y más mediadas de la salud (caso de las representaciones farmacéuticas de la salud a través de la publicidad, por ejemplo), pero sin subordinarse a éstas. En este sentido, nos interesaba trabajar con técnicas conversacionales (caso de grupos de discusión y entrevistas abiertas, por ejemplo) y no de pregunta-respuesta (como es el caso de la entrevista mediante cuestionario cerrado). De hecho, estas últimas facilitan medir lo extendido o generalizado que puedan llegar a mostrarse unas determinadas concepciones pero siempre y cuando éstas hayan sido ya establecidas de antemano; en cambio, el interés del estudio radica en conocer tales concepciones por determinar a través de la articulación de hechos y situaciones por parte de nuestras interlocutoras, tanto de lo que dicen hacer en términos de salud como de lo que hacen al decirlo.

Entre las distintas técnicas conversacionales de investigación social decidimos trabajar mediante la combinación de Grupo de Discusión, Grupo Personalizado y Entrevista Abierta. El Grupo de Discusión es una técnica específica para la generación de discursos y en este sentido su práctica debe ser necesariamente abierta, primando entonces la conversación entre sus 7 o 8 integrantes, de cara a la producción tanto de información como de significación; el Grupo Personalizado, a su vez, se caracteriza por una dinámica muy viva entre sus 3 participantes, permitiendo así explorar aspectos emergentes o aún no socialmente cristalizados respecto a las prácticas cotidianas. En cuanto a la Entrevista Abierta, se trata de una técnica individualizada con la que se busca trabajar de manera más pormenorizada en aspectos o perfiles concretos. Tres técnicas que se complementan entre sí.

En el diseño de este tipo de investigación se procede por saturación de las posiciones, actitudes y valoraciones en un espacio social de referencia. Los criterios de su selección no son pues de extensión –ya que aquí no interviene la representatividad estadística– sino de pertinencia y adecuación; criterios que se refieren a los conjuntos, a su estructura y a su génesis, pretendiendo mediante su selección incluir a quienes (re)produzcan mediante su discurso relaciones relevantes. De hecho, si en los estudios mediante encuesta la probabilidad de selección de cada unidad debe estar determinada con precisión estadística, en el caso de los estudios de carácter cualitativo la selección de quiénes participan es una cuestión de enfoque: cuanto más enfocada sea la selección más definidos serán los resultados. Al tratarse de una muestra estructural, que no estadística, se tiende a ajustar el «mínimo pertinente» de sesiones que es requerido por cada estudio concreto para que mediante las mismas se obtengan ciertas regularidades significativas, en lugar de una redundancia repetitiva.

El diseño de esta investigación está focalizado en las mujeres del medio rural aunque habiéndose realizado asimismo una serie de entrevistas y grupos con hombres del medio rural como elemento de contraste, ya que el presente estudio acerca de la salud y las mujeres en el medio rural adopta una perspectiva de género bajo los presupuestos siguientes:

- género supone tanto una *construcción social* –que se asienta en la asignación e inhibición de diferentes tareas, actividades, espacios de actuación etc. a hombres y a mujeres– como una *identidad subjetiva* –que como tal «incluye el proceso de auto-identidad de los sujetos e implica la subjetividad de las personas»– y una *dinámica relacional* –que comporta «una jerarquía en la cual las mujeres se encuentran en una posición subalterna o subordinada y los varones en una posición dominante o supraordinada»– (López, 2005:14-16);

- las relaciones de género en términos de salud se traducen en relaciones de desigualdad entre lo femenino y lo masculino⁴⁸, concretándose por ejemplo en la manera que *las responsabilidades del cuidado están socialmente diferenciadas* (en este caso, feminizadas: madre, esposa, hija, hermana... son a quienes se responsabiliza del cuidado de los demás);
- *las definiciones sociales tanto de la salud como de la enfermedad están atravesadas no solo por las diferencias de sexo* (servicios sanitarios que atienden aquellas cuestiones que afectan bien a hombres bien a mujeres) *sino también por las diferencias de género* (distinta construcción social de la salud y la enfermedad en términos masculinos o femeninos, determinando así la visibilidad e importancia que adquieren tanto individual como colectivamente en cada caso).

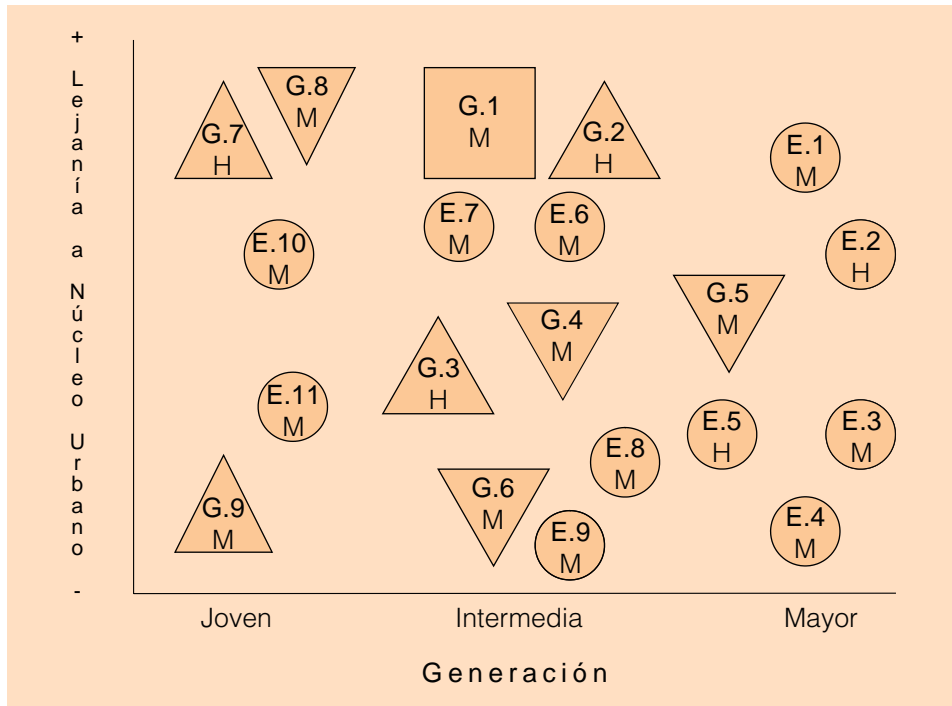
Los ejes principales en la elaboración del diseño técnico del presente estudio han sido la *generación* –mayor, intermedia y joven– así como *la mayor o menor lejanía respecto al núcleo urbano*, teniéndose además en cuenta como variables secundarias *la existencia tanto de descendientes como de antecesoras*, *la vivencia cercana o no de la enfermedad*, *las diferentes ocupaciones y la zona sociolingüística*, con sus correspondientes categorías sociales.

Por lo que respecta al eje generacional, la distinción entre generaciones (Mayor, Intermedia y Joven), aunque remite a una referencia cronológica (Generación Mayor –65 años en adelante; Generación Intermedia entre 35 y 55– diferenciando un polo más joven y otro mayor en la misma; Generación Joven entre 18 y 28), no se confunde con un grupo de edad sino que hace referencia a formas de vida, experiencias, tareas y actividades compartidas por unas mujeres y otras en función de su trayectoria vital. Atendiendo, además, al hecho de que cada una de ellas expresa unas necesidades y situaciones concretas en términos socio-sanitarios, a tenor de los momentos tan diferentes que en cada caso expresan en su ciclo de vida. En cuanto al eje de mayor o menor lejanía respecto a núcleo urbano, éste se ha establecido desde la consideración de que tal distancia genera una distinción básica tanto en la percepción como en la experiencia del tema de estudio.

3. DISEÑO TÉCNICO

De esta manera, el diseño final de la investigación ha quedado configurado según las características siguientes:

⁴⁸ Según la «sexualización» del género que resulta dominante en la cultura occidental desde el siglo XVIII (Laqueur, 1990).



Perfiles diseño

[GJ: Generación Joven, GI: Generación Intermedia, GM: Generación Mayor]

1. Grupos

- G.1: Mujeres, GI, con hijos-hijas, con antecesoras-antecesoras, distintas ocupaciones (entre ellas agricultoras y ganaderas) (zona euskaldun: Gipuzkoa).
- G.2: Hombres, GI, con hijas e hijos, con antecesoras-antecesoras, distintas ocupaciones (Araba)
- G.3: Hombres, GI, con hijas-hijos, con antecesoras-antecesoras, agricultores y ganaderos (Araba)
- G.4: Mujeres, GI, con hijos-hijas, con antecesoras-antecesoras y que trabajen fuera y dentro del hogar (Gipuzkoa)
- G.5: Mujeres, GI, con hijas e hijos (de edades muy diversas), ocupaciones relacionadas con agricultura y ganadería (zona euskaldun: Bizkaia)
- G.6: mujeres GI, con descendientes menores de 5 años, distintas ocupaciones, con antecesoras (Gipuzkoa)
- G.7: hombres, GJ, + lejanía de núcleo urbano, estudiantes y alguno trabajando / paro (Bizkaia)

- G.8: mujeres, GJ, + lejanía de núcleo urbano, estudiantes y alguna trabajando / paro (Gipuzkoa)
- G.9: Mujeres, GJ, + lejanía de núcleo urbano, trabajando /paro (Araba)

2. Entrevistas

- E1: mujer GM, + lejanía núcleo urbano, hijos o hijas (Gipuzkoa)
- E2: hombre GM, + lejanía núcleo urbano, hijas o hijos (Bizkaia)
- E3: mujer GM, – lejanía núcleo urbano, hijos o hijas (Araba)
- E4: mujer GM, – lejanía núcleo urbano, ni hijas ni hijos (Bizkaia)
- E5: hombre GI, – lejanía núcleo urbano, vivencia próxima de enfermedad, con hijos o hijas (Bizkaia).
- E6: mujer GI, + lejanía núcleo urbano, vivencia próxima de enfermedad, con hijas o hijos (Gipuzkoa)
- E7: mujer GI, + lejanía núcleo urbano, vivencia próxima de enfermedad, con hijos o hijas (Bizkaia).
- E8: mujer GI, + lejanía núcleo urbano, vivencia próxima de enfermedad, SIN hijos ni hijas (zona erdaldun, Araba)
- E9: mujer GI, – lejanía núcleo urbano, vivencia próxima de enfermedad, con hijas o hijos (zona euskaldun: Bizkaia)
- E10: mujer, GJ, + lejanía núcleo urbano, vivencia próxima de enfermedad, sin hijos (Araba)
- E11: mujer, GJ, – lejanía núcleo urbano, vivencia próxima de enfermedad (Gipuzkoa)

Asimismo, como contraste e información adicional, se han llevado a cabo varios grupos personalizados en medio urbano, además de algunas entrevistas con profesionales del ámbito sanitario en el medio rural:

I. Contraste urbano

- GU.1: Mujeres, GJ, urbanas; que estudian y trabajan/paro (Bizkaia)
- GU.2: Hombres, GI, urbanos, con hijos-hijas y con antecesores (Araba)
- GU.3: Mujeres, GI, Urbanas, hijos-hijas y con antecesores (Araba)
- GU.4: Mujeres, GM, urbanas, con y sin hijos-hijas (Gipuzkoa)

II. Profesionales

- EP.1 y EP.2: Medicina de atención primaria (1 en zona euskaldun y 1 en zona erdaldun)
- EP.3 y EP.4: Enfermería (1 en zona euskaldun y 1 en zona erdaldun)
- EP.5: Pediatría
- EP.6: Ginecología.

Para la selección de aquellos lugares donde realizar las entrevistas y grupos, en este estudio se ha manejado también la definición de municipio rural según los siguientes parámetros de población (< de 2.500 habitantes), densidad

de población (< de 85 habitantes/km²) e importancia del sector primario (> 10% PIB municipal)⁴⁹. Dado que el número de municipios que cumplían las tres condiciones eran muy pocos se decidió contar también con aquellos que cumplieran al menos dos de las condiciones, siempre que la importancia del PIB primario no fuera inferior a la media de la CAE (1,4%), así como algunos municipios que tan solo cumplían una de las condiciones pero cuyas características particulares aconsejaban su inclusión⁵⁰.

⁴⁹ Se ha partido del cálculo de indicadores de PIB Municipal realizados por Eustat para el año 2000.

⁵⁰ Para una explicación más detallada de tales criterios puede consultarse el anexo metodológico de (Santamaría y otras, 2004).

Referencias bibliográficas

- Adam, Philippe et Herzlich, Claudine (1994): *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Nathan, Paris.
- Akrich, Madeleine et Pasveer, Bernike (1996): *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Synthélabo, Le Plessis-Robinson.
- Amezcuca, Manuel y Gálvez Toro, Alberto (2002): «Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta» in *Revista Española de Salud Pública* n° 76: 423-436.
- Annas, George J. (1996): «Changer nos métaphores pour mettre la qualité de vie au centre de la pratique médicale» in Jasmin, Claude; Levy, Jay A. et Bez, Gabriel [dir.]: *Cancer, SIDA...la qualité de vie* (páginas 55 a 64). Synthélabo, Le Plessis-Robinson.
- Artazcoz, Lucía (2002): «Doble presencia, doble jornada» in *Revista Zaintzen de Salud Laboral*. LAB.
- Barthes, Roland (1961) «Pour une psychosociologie de l'alimentation contemporaine» in *Annales ESC*, sep./oct., n° 16: 977-986.
- Boddington Joyce, Charles Richard (1996): «L'évolution de la qualité de vie» in Jasmin, Claude; Levy, Jay A. et Bez, Gabriel [dir.]: *Cancer, SIDA...la qualité de vie* (páginas 37 a 46). Synthélabo, Le Plessis-Robinson.
- Canguilhem, Georges (1983): *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI, México.
- Dagognet, François (1996): *Pour une philosophie de la maladie*. Textuel, Paris.
- Davila, Andrés (2005): «La familia y sus metáforas: familistas (seguridad, solidaridad) o de familiarización (disponibilidad)» in Arregi, Begoña y Davila, Andrés [eds.]: *Reproduciendo la vida, manteniendo la familia. Reflexiones sobre la fecundidad y el cuidado familiar desde la experiencia en Euskadi* (páginas 263 a 303). Servicio Editorial de la UPV /EHU (Universidad del País Vasco/Euskal Heriko Unibertsitatea), Bilbao.
- Davila, Andrés (2004): «Golem, Pokemon, Quimera... Pertinencia social de la imagería monstruosa en relación a una biotecnologización en proceso» in *Inguruak* (Soziologia eta Zientzia Politikoaren Euskal Aldizkaria/ Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política) n° 40: 141-158. Bilbo.
- Davila, Andrés (1994): «Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales: debate teórico e implicaciones praxeológicas» in Delgado, Juan Manuel & Gutiérrez, Juan [coords.]: *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales* (p. 69-83). Síntesis, Madrid.

- Díaz Mendez, Cecilia (1997): *Estrategias familiares y juventud rural. Una aproximación al caso de Asturias*. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Madrid.
- Dodier, Nicolas (1993): *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Métailié, Paris.
- EHNE (2002): «Adinekoak: gizarte zerbitzuak landa inguruan». Gasteiz.
- Esteban, Mari Luz. *De la obligación de cuidar al derecho a ser cuidadas: una campaña renovada*. Hika, 169. septiembre de 2005
- Fassin, Didier (1998): «Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique» in Fassin, Didier [dir.]: *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales* (páginas 7 a 46). La Découverte, Paris.
- Feinstein, Alvan R. (1996): «Les problèmes de définition de la qualité de vie» in Jasmin, Claude; Levy, Jay A. et Bez, Gabriel [dir.]: *Cancer, SIDA...la qualité de vie* (páginas 47 a 53). Synthélabo, Le Plessis-Robinson.
- Foucault, Michel (1987): *El nacimiento de la clínica. Una antropología de la mirada médica*. Siglo XXI, México.
- Foucault, Michel (1985) «La política de la salud en el siglo XVIII» in *Saber y verdad* (páginas 89 a 106). Los Libros de la Piqueta, Madrid.
- Gadamer, Hans Georg (1996): *El estado oculto de la salud*. Gedisa, Barcelona.
- García de León, M^a Antonia (1996): «La ciudad y el campo: las imágenes opuestas de 'el otro'» in García de León, M^a Antonia [Ed.]: *El campo y la ciudad. Sociedad rural y cambio social* (páginas 201 a 220). Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Madrid.
- González Alcantud, José Antonio (1996): «El campo de los antropólogos. De la representación a la interpretación científico social» in García de León, M^a Antonia [Ed.]: *El campo y la ciudad. Sociedad rural y cambio social* (páginas 201 a 220). Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Madrid.
- Gusfield, Joseph R. (1996): *Contested meanings. The construction of Alcohol Problems*. University of Wisconsin Press, Wisconsin.
- Gusfield, Joseph R. (1981): *The Culture of Publics Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*. University of Chicago Press, Chicago.
- Herzlich, Claudine et Pierret, Janine (1991): *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Payot, Paris.
- Ibáñez, Jesús (1993): «El discurso de la droga y los discursos sobre la droga» in *Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales* (páginas

- 129 a 138). Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología, Madrid.
- Ibáñez, Jesús (1986): *Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación social*. Siglo XXI Editores, Madrid.
- Illich, Ivan (1975): *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barral, Barcelona.
- INFAC (2005) «Editorial» del *Boletín*, vol.13, nº 7 de julio-agosto.
- Izquierdo, M^a Jesús (1995): «Sistema sexo/género y valores: perspectiva materialista» in *Género y valores* (páginas 17 a 52). Emakunde, Vitoria-Gasteiz.
- Jasmin, Claude; Levy, Jay A. et Bez, Gabriel [dir.] (1996) *Cancer, SIDA...la qualité de vie*. Synthélabo, Le Plessis-Robinson.
- Laqueur, Thomas (1990): *Making sex, body and gender from the Greeks to Freud*. Harvard University Press, Cambridge.
- Lois, Rubén Camilo y Santos, Xosé Manuel (2004): «Planificación y espontaneidad en el desarrollo rural» in Rodríguez, Román y Pérez, Edelmira (coords.): *Espacios y desarrollos rurales* (páginas 131 a 156). Trea, Gijón.
- López Méndez, Irene (2005): *Género negado, vivido y la política de desarrollo. El concepto de género y sus implicaciones para el desarrollo*. Working Papers Munduan, Bilbao.
- Martí, José Luis (2004): *De la enfermedad a la fábula. Apariencia e imagen de la salud*. Anthropos, Barcelona.
- Márquez, Dominga (2002): «Bases metodológicas del desarrollo rural» in Márquez, Dominga (coord.): *Nuevos horizontes del desarrollo rural*. Universidad Internacional de Andalucía / Akal, Madrid.
- McDowell, Linda (2000): *Género, identidad y lugar*. Cátedra, Madrid.
- McKeown, Thomas (1990): *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Crítica, Barcelona.
- McNeill, William H. (1984): *Plagas y pueblos*. Siglo XXI, Madrid.
- Mercado, Francisco J.; Gastaldo, Dense y Calderón, Carlos (2002): *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*. Universidad de Guadalajara, México.
- Mondragón, Jasone y Trigueros, Isabel (1999): *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Siglo XXI, Madrid.
- Murillo, Soledad (1996): *El mito de la vida privada: de la entrega al tiempo propio*. Siglo XXI, Madrid.

- Organización Mundial de la Salud (1978): *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Alma-Ata 1978*. OMS, Ginebra.
- Osasun Saila/Departamento de Sanidad (2004): *EAEko osasun zerbitzuen erabilera eta balorazioa / Utilización y valoración de los servicios de salud de la CAPV*. Eusko Jaurlaritzza/Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
- Pigalle, Céline (2000): *Femmes au Travail. De qui se moque-t-on?*. Prat Editions, Issy-les-Moulineaux.
- Plummer, Ken (1989): *Los documentos personales. Introducción a los problemas y la bibliografía del método humanista*. Siglo XXI, Madrid.
- Salleras, Lluís (1991): «La salud y sus determinantes» in *Anthropos: Boletín de información y documentación*, nº 118-119, dedicado a: *Sociedad urbana y salud: nuevas ideas y planteamientos*, páginas 32-38, Barcelona.
- Sampedro, Rosario (1996): «Mujeres del campo: los conflictos de género como elementos de transformación social» in García de León, M^a Antonia [Ed.]: *El campo y la ciudad. Sociedad rural y cambio social* (páginas 79 a 101). Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Madrid.
- Santamaría, Pilar; Arrieta, Eider; Jausoro, Nekane; Davila, Andrés y Hernández, Ana (2004): *Las mujeres en el medio rural vasco-2004-Emakumeak euskal landa eremuan*. Departamento de Agricultura y Pesca, Vitoria-Gasteiz.
- Skrabanek, Petr y McCormick, James (1992): *Sofismas y desatinos en medicina*. Doyma, Barcelona.
- Sontag, Susan (1980): *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik, Barcelona.
- Taylor, SJ y Bogdan, R (1990): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, Barcelona.
- Vega-Franco, Lepoldo (2002): «Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica» in *Salud Pública en México*, vol.44, nº3:258-265.
- Vigarello, Georges (1991): *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Alianza, Madrid.
- Vigarello, Georges (1993): *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Âge*. Seuil, Paris.
- Williams, Raymond (2001): *El campo y la ciudad*. Paidós, Buenos Aires.