
Benestar i salut de les persones cuidadores de familiars a Barcelona



Maig 2018

Autoria

María Salvador-Piedrafita
Lucía Artazcoz
Xavier Bartoll
Andrea Bastida
Maribel Pasarín
Vanessa Puig-Barrachina

Disponible a: www.aspb.cat

Índex

Introducció	1
Marc conceptual	4
Determinants estructurals de les desigualtats en salut	6
Context socioeconòmic i polític	6
Eixos de desigualtat.....	8
Determinants intermedis.....	9
Divisió de gènere del treball	9
Treball remunerat: condicions d'ocupació i treball.....	9
Treball no remunerat: treball domèstic i de cures.....	10
Altres determinants intermedis	12
Les persones cuidadores de familiars a Barcelona.....	15
Característiques sociodemogràfiques.....	15
Estat de salut.....	21
Conclusions	25
Recomanacions	27
Propostes d'informació o sensibilització.....	27
Propostes d'acció	27
Propostes de formació i recerca.....	30
Bibliografia	31
Annexes	37

Introducció

Abordar les cures implica posar al centre de la reflexió el benestar de les persones (Fraser 1994; Rubery 2015). Totes les persones, en tots els moments del cicle vital, necessiten cures, la dependència és inherent a la condició humana. Ara bé, no en totes les circumstàncies les persones necessiten els mateixos tipus de cures, de vegades precisen atenció intensiva o especialitzada, ja sigui perquè es troben al final del cicle vital, pateixen malalties o perquè presenten algun tipus de diversitat funcional.

Des del feminisme es reivindica la importància de les cures com a font clau per a la sostenibilitat de la vida, com un fil vertebrador de la vida social i econòmica. Aquesta consideració de les cures com un element central del benestar i essencial en el funcionament de les societats fa emergir la necessitat d'una re-organització social del treball de cures en el moment de l'anomenada crisi de cures, que posa de manifest la incapacitat del sistema econòmic i social actual de garantir, tant les necessitat de rebre atenció de cura, com de cuidar-se o cuidar (Ezquerria and Cat 2011).

L'organització social i política del treball de cures determina les condicions en què aquest treball de cures es genera i la seva distribució social. Actualment, aquesta organització es resol en termes inequitatius, bé a l'àmbit privat familiar o en sectors laborals precaritzats (Pérez Orozco and Artiaga Leiras 2014). A més, la falta de rellevància social envers les cures ha generat una tensió de drets, d'una banda el dret a tenir accés a cures dignes, i d'altra, el dret que aquestes cures es realitzin en condicions dignes, és a dir, amb una capacitat real de decisió d'assumir-les, sense sobrecàrregues i amb una distribució socialment justa (Esquivel 2013). Així, en l'actual organització social, el treball de cures genera múltiples i profundes desigualtats socials. El nexa cures-desigualtat es crea com a

conseqüència directa que no existeix un dret a la cura ni coresponsabilitat social. El dret a la cura implica un “deure cuidar” per a tota la societat. Per això, l'avenç cap a aquest dret ha d'anar de la mà de l'establiment d'una coresponsabilitat integral entorn de les cures (Pérez Orozco and Artiaga Leiras 2014). L'organització social i política està intrínsecament relacionada amb els mecanismes o eixos de desigualtat social com el gènere, la classe social, l'ètnia o l'estatus migratori. El treball de cures és considera socialment i políticament una responsabilitat de les dones, de persones de classe social desfavorida i/o migrades. Aquesta distribució desigual es veu reforçada per una altra característica de les cures que és la manca de reconeixement, tant a nivell social com de drets (Weir 2005). La invisibilització del treball de cures permet la utilització de les persones cuidadores com un element d'ajust del sistema econòmic, i només surten a debat públic quan en falten (Pérez Orozco 2009).

El treball de cures de familiars al que fa referència aquest informe és el desenvolupat, sense que hi hagi una retribució econòmica, per part de familiars (o altres persones pròximes com amistats o veïnat) a persones que requereixen una dedicació especial per problemes de salut, derivats d'una edat avançada o d'estar en una situació de dependència o limitació funcional. Aquest treball de cures de familiars pot ser una experiència amb efectes positius en el benestar de les persones que cuiden (Roth, Fredman, and Haley 2015). No obstant això, les condicions de sobrecàrrega en les què el treball de cures de familiars habitualment es desenvolupa en el nostre context, fan que el cost que assumeixen les persones cuidadores sigui elevat en termes de salut i benestar (García 2012). Existeix abundant literatura científica que documenta els efectes adversos del treball de cures sobre la salut d'aquestes cuidadores (Pinquart and Sörensen 2003; Schulz and Sherwood 2008). La combinació d'estrès mantingut i les demandes de cures físiques poden conduir a problemes de salut físics i pitjors valoracions en salut auto percebuda (Pérez et al. 2015; M Salvador-Piedrafita, Malmusi, and Borrell 2017). L'impacte a nivell de l'esfera psicològica sol ser un dels més evidents; així

les persones cuidadores presenten amb freqüència quadres de depressió, ansietat, estrès i pitjor més malestar (Roca Roger et al. 2000). Si entenem la salut i el benestar com conceptes que també incorporen una dimensió social es poden afegir els efectes a nivell econòmic. Hi ha una relació entre el treball de cures i una menor participació al mercat laboral (Glendinning et al. 2009; Nguyen and Connelly 2014), amb les seves implicacions econòmiques i de drets. A la manca d'entrada de recursos econòmics s'hi afegeix el fet que assumir el treball de cures suposa un increment de despeses com el transport, l'habilitació de l'habitatge, etc. (García-Calvente and del Río Lozano 2012). A més, les relacions socials i familiars també poden veure's afectades per la manera en què cuidar afecta l'ús del temps (García 2012). L'alta dedicació al treball de cures pot dificultar la vida social i d'oci de les persones cuidadores, així com limitar el temps per dedicar-se a si mateixes i a la pròpia salut, quedant-se relegades en un segon pla en prioritzar les necessitats de la persona cuidada (Casado and López 2001).

Així, les condicions en què es desenvolupa el treball de cures de familiars determinen la salut de les persones cuidadores i a causa de la seva desigual distribució social, el treball de cures pot actuar com un dels mecanismes de les desigualtats en salut. Els determinants del benestar i la salut de les cuidadores de familiars inclouen per tant, no solament característiques individuals, com la capacitat per gestionar la càrrega de treball o les emocions, sinó sobretot factors socials, culturals, econòmics i polítics.

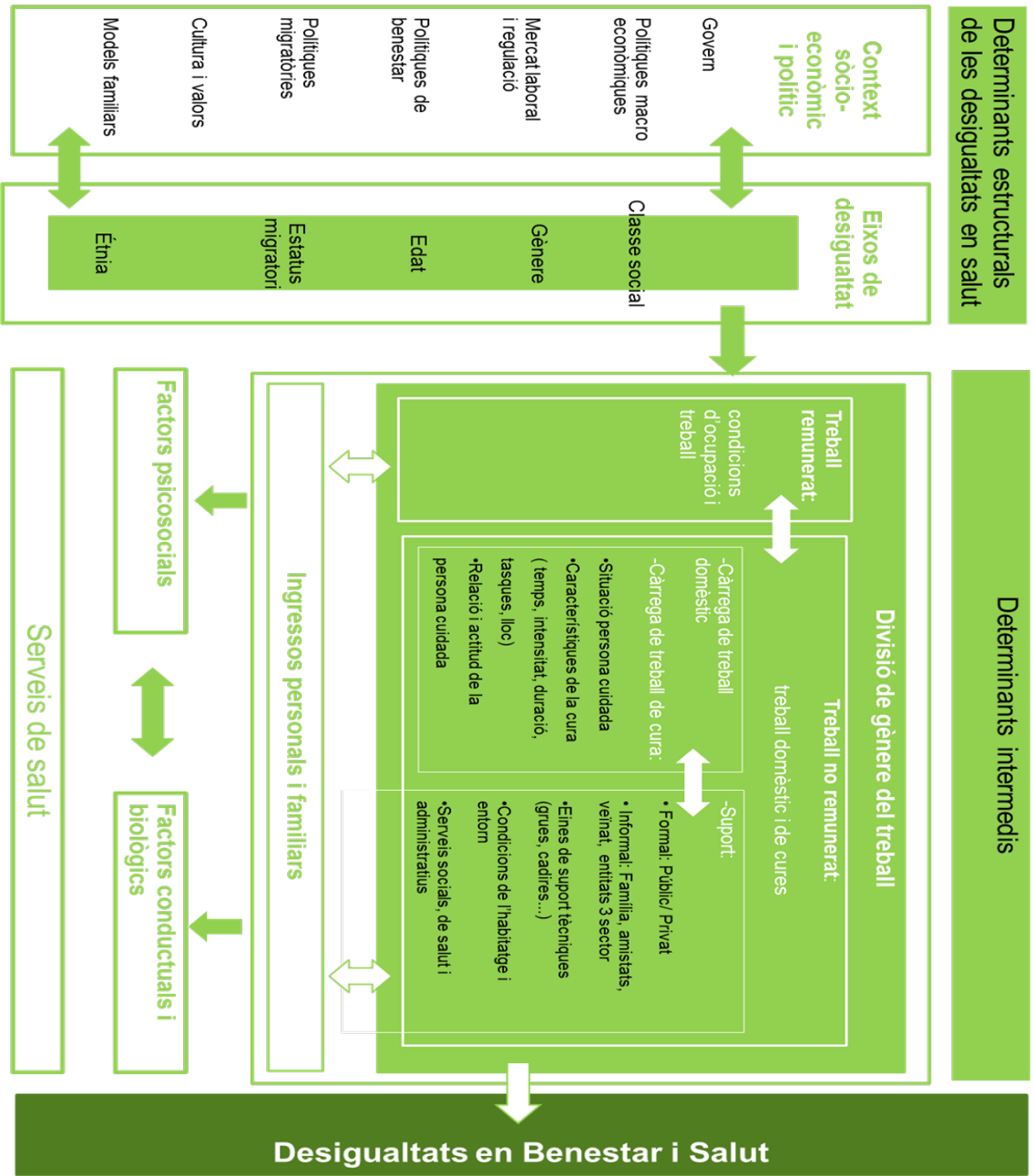
En aquest informe es presenten: 1) el marc conceptual de la relació entre el treball de cures, l'estat de salut de les persones cuidadores de familiars i la generació de desigualtats en salut a nivell poblacional 2) la comparació de les persones cuidadores respecte a qui no cuida, en relació a les seves característiques sociodemogràfiques, la situació laboral i l'estat de salut, a Barcelona al 2016.

Marc conceptual

A la Figura 1 es presenta un marc conceptual per explicar l'impacte del treball informal de cures de en la salut de les persones cuidadores de familiars i la generació de desigualtats en salut a nivell poblacional.

Els primers marcs teòrics sobre l'impacte del treball de cures en la salut de les persones familiars cuidadores van ser models generals d'estrès centrats en la problemàtica de les cuidadores de persones amb deterioració cognitiva (Lazarus and Folkman 1984; Pearlin et al. 1990). Partint del model de Pearlin (Pearlin et al. 1990), l'any 2009, Sala Mozos (Sala-Mozos 2009) va ampliar el marc a les cuidadores de persones amb altres situacions de dependència, a més de valorar l'impacte des de la perspectiva del benestar i la qualitat de vida vista amb una visió integral i no únicament de l'estrès. El marc que es presenta en aquest document adapta i integra aquesta proposta al marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut proposat per la “Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España “ (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España 2015).

Figura 1. Marc conceptual de les desigualtats en la salut relacionades amb el treball de cures de familiars. Adaptat dels models proposats per Sala Mozos 2009 i la “Comisión para Reducir las Desigualdades sociales en Salud en España” 2012.



Determinants estructurals de les desigualtats en salut

Amb l'objectiu de cobrir les seves necessitats de cures, cada societat ha establert una manera determinada de repartir els treballs i els recursos disponibles. És a dir, s'ha constituït un sistema o conjunt de normes socials, que la major part de les vegades no és explícit, mitjançant el qual s'organitza la provisió de cures i es determina qui té cura de qui, on, com i a canvi de què.

Context socioeconòmic i polític

L'atenció a la cura de les persones no s'ha considerat un element central de les polítiques públiques ni dels debats polítics. Aquesta negligència mostra que la provisió de cures no és, ni ha estat, una prioritat dels Estats. No obstant això, el treball de cures travessa el conjunt de polítiques públiques, així, els tipus de govern o les polítiques macroeconòmiques acaben afectant l'organització del treball de cures. Aquest seria el cas de les retallades de pressupost a l'Estat espanyol, resposta a la crisi econòmica del Govern central l'any 2012, que han acabat afectant greument altres polítiques més directament relacionades amb el treball de cures com l'actual Llei de Dependència espanyola –llei 39/2006.

Altres polítiques, com les que regulen el mercat de treball, també poden afectar el treball de cures regulant l'organització dels temps de cura i els ritmes de treball o conciliació laboral (Kümmerling and Lehndorff 2014; Mutari and Figart 2001).

La consideració del treball de cures com un element de la política pública es pot contribuir a treure'l de l'àmbit familiar i desnaturalitzar-lo com quelcom propi de les dones i de les llars (Esquivel 2011). Segons el grau de desenvolupament de les polítiques del benestar, els països donen major o menor suport al treball de cures, bé amb serveis formals, bé amb prestacions o bé amb polítiques de conciliació de vida laboral i familiar (Di Novi, Jacobs, and Migheli 2013).

Encara que inicialment l'anàlisi dels estats del benestar no es va centrar en els models de família (Esping-Andersen 1990), hi ha una compatibilitat institucional d'ambdues polítiques (Kornrich and Eger 2016). Des de la perspectiva del treball de cures es valoren i s'agrupen els països segons com es reparteix les responsabilitats de treball de cures entre l'Estat, els rols de gènere en la família (persona cuidadora principal i persona sustentadora econòmica principal), el mercat i el tercer sector.

Alguns aspectes contextuais a considerar són els factors culturals i històrics que caracteritzen el rol de les famílies i els diferents models familiars en el treball de cures als diversos països. Des d'aquest punt de vista a Europa hi ha dos models geogràficament polaritzats, al nord aquells països amb llaços familiars febles, i al sud els països amb llaços familiars forts (Bettio and Plantenga 2004). Aquests llaços determinen les expectatives socials, la capacitat d'elecció per assumir la responsabilitat de les cures i també, molt sovint, el grau de satisfacció en complir amb aquestes normes socials (Di Novi, Jacobs, and Migheli 2013).

La distribució de la responsabilitat del treball de cures té al nostre context gran relació amb les polítiques migratòries. L'organització social del treball de cures està adquirint una dimensió global amb la migració internacional (Benería 2008). Un alt percentatge de la població migrant (sobretot dones) troba feina per les oportunitats laborals que obre la necessitat de cures, fonamentalment en cures a l'entorn de la llar (Gil Araujo and González-Fernández 2014). Aquest fenomen migratori al voltant del treball de cures suposa una resposta privada que troben les famílies, enlloc d'existir una resposta col·lectiva (Pérez Orozco and Artiaga Leiras 2014). Els impactes d'aquesta situació són ambivalents i desiguals per a les diferents llars. D'una banda, no totes les famílies amb necessitat de cures tenen aquesta possibilitat d'externalitzar el treball de cures, ja que suposa una despesa important, i d'altra banda, la migració de les dones desencadena una reorganització de les cures a la llar d'origen, donant així lloc a les denominades

“cadena global de cures” (Hochschild 2000) . D’aquesta manera les desigualtats en el treball de cures es reformulen i adquireixen noves dimensions globals (Espino 2012).

Eixos de desigualtat

L’organització social de les cures es caracteritza per la desigualtat, i això es relaciona amb una feble responsabilitat social. Les cures se solen establir al voltant de fluxos asimètrics en què operen els eixos de poder o desigualtat. Així es donen de dones a homes, de les classes desfavorides a les classes més privilegiades, de població migrant a població autòctona, d’uns països a uns altres (Pérez Orozco and Artiaga Leiras 2014).

L’organització social de les cures es fonamenta sobre uns valors aparentment essencials i universals però que en realitat estan arrelats al sistema heteropatriarcal, on les cures se suposen una responsabilitat de les dones, com si fos una activitat que per naturalesa han de saber fer. A més de determinar els rols de dones i homes, aquest sistema estableix unes relacions jeràrquiques donant als rols tradicionalment masculins major importància, reconeixement i valor social i, per tant, totes les activitats de cures estan infravalorades, tant a nivell social, com econòmic.

En paral·lel, entre les persones econòmicament desfavorides el treball de cures també és responsabilitat de les dones, i els costos de proveir-lo (d’oportunitat, de temps, d’ingressos) s’incrementen substancialment, el que, alhora, aprofundeix les desigualtats de classe existents (Espino 2012). El nivell educatiu influeix en el coneixement i ús dels recursos disponibles. Les persones cuidadores solen tenir poc coneixement sobre els recursos socials existents, ja que, en general, no hi ha gaire informació sobre quins serveis i beneficis estan disponibles (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, and Maroto-Navarro 2004). Aquesta manca d’informació es considera un dels problemes més importants per part de les persones cuidadores a nivell europeu (Del Pozo Rubio, Escribano Sotos, and Moya Martínez 2011).

Determinants intermedis

Divisió de gènere del treball

La divisió de gènere del treball identifica socialment les dones amb l'àmbit de la reproducció (treball domèstic i familiar no remunerat) i els homes amb l'àmbit productiu (treball remunerat i sustentador econòmic principal de la llar). Aquesta divisió és transgredida parcialment en la mesura en què les dones s'incorporen a l'àmbit laboral del treball remunerat. Tanmateix, la incorporació laboral de les dones es dona en condicions de desavantatge en comparació amb els homes. El mercat laboral opera amb una distribució sexista dels tipus de feina i de l'organització del treball, de manera que no només es dona una segregació de gènere vertical, sinó també horitzontal, cosa que implica que el sector dels serveis domèstics i personals en la llar sigui extremadament feminitzat i desvalorat. A més, la incorporació de dones al mercat laboral no s'ha vist acompanyada d'una incorporació dels homes al treball de cures al mateix ritme, cosa que es tradueix en un augment de la càrrega global de treball de les dones (s'incorporen al mercat laboral i alhora continuen sent responsables del treball domèstic i de cura) amb un impacte negatiu en la salut (Lucía Artazcoz, Cortès, and Escribà-Agüir 2016).

Treball remunerat: condicions d'ocupació i treball

Les cures i el treball remunerat es veuen mútuament influïdes. Així, la dedicació al treball de cures pot restar temps i oportunitats en el mercat laboral i viceversa. Les responsabilitats del treball de cures fan que amb freqüència les cuidadores bé es trobin prèviament fora del mercat laboral o bé acabin sortint, redueixin la jornada o busquin treballs amb dedicació parcial, que solen tenir pitjors condicions d'ocupació i de treball (Fagan et al. 2014). Habitualment són les dones qui es troben en aquesta situació i per tant les que pateixen la precarietat, la pobresa i la manca de drets que s'hi associen. Aquelles que no veuen disminuïda la seva dedicació al mercat laboral pateixen les conseqüències en la salut de les conegudes com dobles o triples jornades (Lucia Artazcoz et al. 2014).

Treball no remunerat: treball domèstic i de cures

El treball de cures implica satisfer les necessitats de la persona cuidada que poden ser tan físiques, com emocionals o inclús de gestió, depenent de la situació de la persona que requereix les cures. Les cures seran diferents segons si la necessitat es deu a una diversitat funcional, cognitiva o mental, segons el seu origen (malaltia, accident, l'envelliment) o el grau de dependència.

Les diferències entre homes i dones en l'organització del treball de cures podrien explicar-se en termes, no només de la major proporció de dones que se n'encarreguen, sinó també dels tipus de tasques i el temps de dedicació, que pertorben la vida quotidiana de les dones molt més que la dels homes, afectant més la seva salut (García Calvente, del Río Lozano, and Marcos Marcos 2011). En aquest sentit, per exemple, es pot dir que les dones més sovint s'ocupen de les necessitats psicològiques i físiques o l'atenció a la higiene personal, a diferència dels homes que tenen amb més freqüència realitzen activitats a l'àmbit públic com gestions que són més fàcils de compaginar amb altres tasques (Larrañaga et al. 2008). El temps dedicat al treball de cures s'ha descrit com "interminable" (Durán Heras 2012). Aquesta expressió es refereix no només a la intensitat de la feina del dia a dia, sinó també als llargs períodes de temps que la cura implica, generalment bastants anys. A més de ser el grup més nombrós, les persones que conviuen amb qui cuiden són les que més veuen afectat el seu benestar i la seva salut (Masanet and La Parra 2011). Les cuidadores que conviuen amb qui cuiden poden estar especialment exposades a una sobrecàrrega de treball a causa de la falta de descans en el seu paper de cuidadores, actuant moltes vegades com a úniques responsables del treball de cures (Jacobs et al. 2014).

L'actitud de la persona cuidada, així com la relació entre la persona cuidada i la cuidadora pot influenciar en la càrrega de treball. Molt sovint les normes socials que basen la cura en les obligacions familiars ignoren les estructures de poder, les friccions o violències que operen dins les famílies (García Calvente, del Río Lozano,

and Marcos Marcos 2011).

Tot aquest treball de cures es pot veure modulad, en part, pel grau de suport que rebin les cuidadores. El suport al treball de cures pot ser divers, bé formal, ja siguin serveis o prestacions públiques o privades, o bé informal, és a dir, procedent de familiars, amistats, veïnatge, o inclús d'Organitzacions No Governamentals (ONGs) o voluntariat. Les desigualtats en la salut entre les cuidadores i qui no cuida són menors en aquells països amb major desenvolupament de polítiques de suport formal al treball de cures (Verbakel 2014). Habitualment, el suport formals públic ve condicionat pel grau de dependència, els recursos econòmics i la disponibilitat de cuidadores familiars, mentre que el suport formal privat depèn bàsicament dels recursos econòmics (Broese van Groenou and De Boer 2016; Vlachantoni et al. 2015). A més, els homes que s'enfronten a una situació de treball de cures d'alta exigència busquen amb més freqüència ajuda externa, reduint així els nivells d'estrès (Del Pozo Rubio, Escribano Sotos, and Moya Martínez 2011). El repartiment de treball de cures pot influir, no només en la sobrecàrrega física del treball de cures, sinó que també ajuda a nivell psicològic al compartir els neguits i dubtes del dia a dia (Maria Salvador-Piedrafita et al. 2016). No obstant això, la falta d'informació o les traves burocràtiques amb complicats, lents i prolongats processos pot dificultar o impedir l'accés als serveis formals de suport, inclús pot arribar a suposar un estat d'ansietat i estrès afegit al treball de cures (Maria Salvador-Piedrafita et al. 2016).

Les eines de suport tècniques com grues, cadires o altres materials especialitzats poden facilitar el desenvolupament del treball i disminuir així les conseqüències a nivell de benestar i salut de les cuidadores, especialment les de caire muscular o esquelètic. Moltes vegades, aquestes eines requereixen per a un bon funcionament remodelacions dels habitatges amb les despeses que això pot comportar. A més, no només les condicions dels habitatges poden determinar el treball de cures, sinó també les dels edificis o del entorn. Així, els equipaments com rampes, ascensors o l'accessibilitat i altres condicions de l'entorn com zones verdes poden condicionar

el benestar i la salut, tant de les cuidadores, com de les persones cuidades, especialment en el cas de la salut mental ja que aquests recursos poden disminuir l'aïllament.

Els estudis que valoren l'impacte del treball de cures en el benestar de les cuidadores se centren generalment en tipus concrets de suport, com ara els serveis de respir (Mason et al. 2007; Shaw et al. 2009) o certs problemes de salut origen de la situació de dependència, com la demència (Victor 2009). L'heterogeneïtat dels objectius i el contingut d'aquests estudis fa difícil definir quines intervencions són les millors per a les persones cuidadores (Lopez-Hartmann et al. 2012). A més, les necessitats i prioritats de les persones cuidadores són diverses i canvien amb el temps.

L'organització i la gestió dels serveis socials, de salut i administratius poden actuar també com agents moderadors del treball de cures. Així, el fet de tenir en compte les característiques i necessitats de les persones cuidadores pot facilitar o no el treball de cures. La falta d'informació, la complexitat dels processos burocràtics o, simplement els horaris d'atenció d'alguns serveis, poden dificultar o impedir l'accés i el seu ús adequat. Cal destacar que els serveis sanitaris dirigits a les persones cuidades poques vegades tenen en compte a les cuidadores Així, per exemple, als hospitals no es té en compte les condicions en què es troben les cuidadores durant els ingressos: descans, higiene, alimentació o transport . Aquestes situacions, que depenen dels processos de cura poden ser més o menys freqüents, poden tenir repercussions negatives tant en la salut, com en l'economia de les cuidadores.

Altres determinants intermedis

Els recursos materials, siguin ingressos personals o familiars, també poden influir en la salut de les cuidadores, de manera que poden modular la sobrecàrrega de treball. Entre els grups socials de més ingressos, les tensions dins les llars

generades pel treball de cures i la seva distribució es resolen moltes vegades contractant serveis de cura fora o fins i tot dins de la llar en la forma de treballadores domèstiques remunerades (Bettio and Plantenga 2004). Moltes vegades, l'accés a serveis públics també pot estar determinat pels ingressos, ja que amb freqüència es requereix que la família aportï un copagament. D'altra banda, el fet d'haver de deixar el treball remunerat per dedicar-se al treball de cures pot augmentar l'estrès psicològic a les cuidadores, en part per l'empitjorament de la situació econòmica familiar, així com per la pèrdua dels beneficis no econòmics que pot suposar.

Els factors psicosocials fan referència a la falta de control, de suport social i les situacions d'estrès (esdeveniments vitals estressants). El suport social es considera un important modulador del efectes del treball de cures en el benestar de les cuidadores (Llácer et al. 2002). El treball de cures segons la seva durada i intensitat pot associar-se a l'aïllament social. De fet, una de les preocupacions d'algunes autores respecte l'anomenada "Llei de Dependència" de l'Estat Espanyol va ser que el pagament pel treball de cures per part de la família a la llar (que dintre dels diferents suports hauria de ser una mesura extraordinària segons la llei i s'ha convertit en tipus de suport més freqüent), podria portar a un reforç d'aquest rol de dona cuidadora que l'exclou socialment (Durán Heras 2012).

Finalment el marc conceptual incorpora els serveis sanitaris. Encara que en si mateixos contribueixen molt poc a la generació de les desigualtats en salut, un menor accés als serveis de salut i menor qualitat dels mateixos per als grups socials menys afavorits pot repercutir en unes pitjors conseqüències dels problemes incidents en la salut i benestar (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España 2012). En aquest sentit, és ben conegut que les persones cuidadores tendeixen a l'abandonament de la seva pròpia cura i posen per davant el benestar i salut de la persona cuidada (Zarit, Reeve, and Bach-Peterson 1980). A més, és molt probable que en els processos d'atenció sanitària i

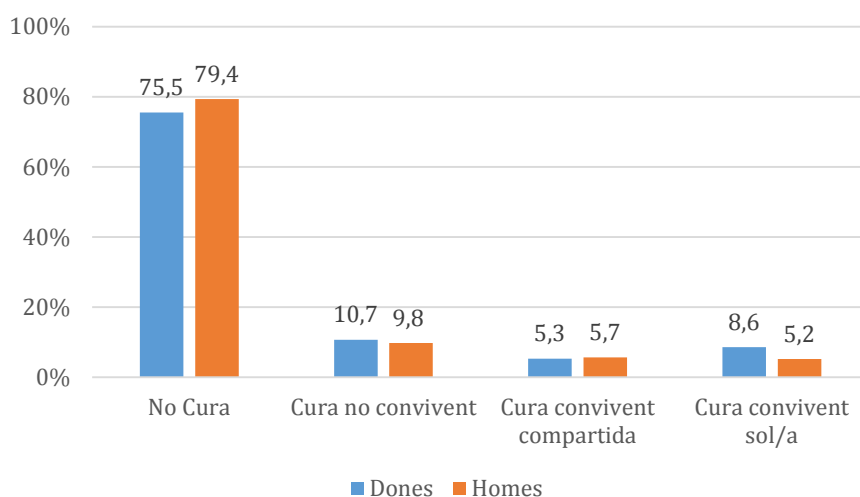
social, els professionals fixin la seva atenció i actuació sobre la persona malalta, i no en la persona propera que assumeix la seva cura. És un signe més de la invisibilitat d'aquesta tasca, que sol fer-se visible quan és la pròpia persona cuidadora la que presenta signes d'afectació de la seva pròpia salut (Xarxa pel Suport a les Famílies Cuidadores 2015).

Les persones cuidadores de familiars a Barcelona

Característiques sociodemogràfiques

Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona (ESB) de l'any 2016, al voltant d'una de cada quatre dones barcelonines i un de cada cinc homes barcelonins s'ocupa de forma no remunerada o informal del treball de cures de familiars que requereixen una dedicació especial per problemes de salut, derivats d'una edat avançada o d'estar en una situació de dependència o limitació funcional (Figura 2). Les xifres són més elevades que en altres estudis ja que s'ha inclòs el treball de cures de persones amb qui no es conviu i que suposen una mica menys de la meitat del total del treball de cures. En aquest informe a més de tenir en compte aquestes persones que cuiden sense conviure, es diferencia entre les que sí conviuen amb la persona cuidada, segons si s'encarreguen soles de la cura o reparteixen el treball amb algú altre. Les dones són les principals encarregades de la responsabilitat de cura, tant dins com fora del domicili.

Figura 2. Distribució de la població de Barcelona segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència amb elles i sexe.



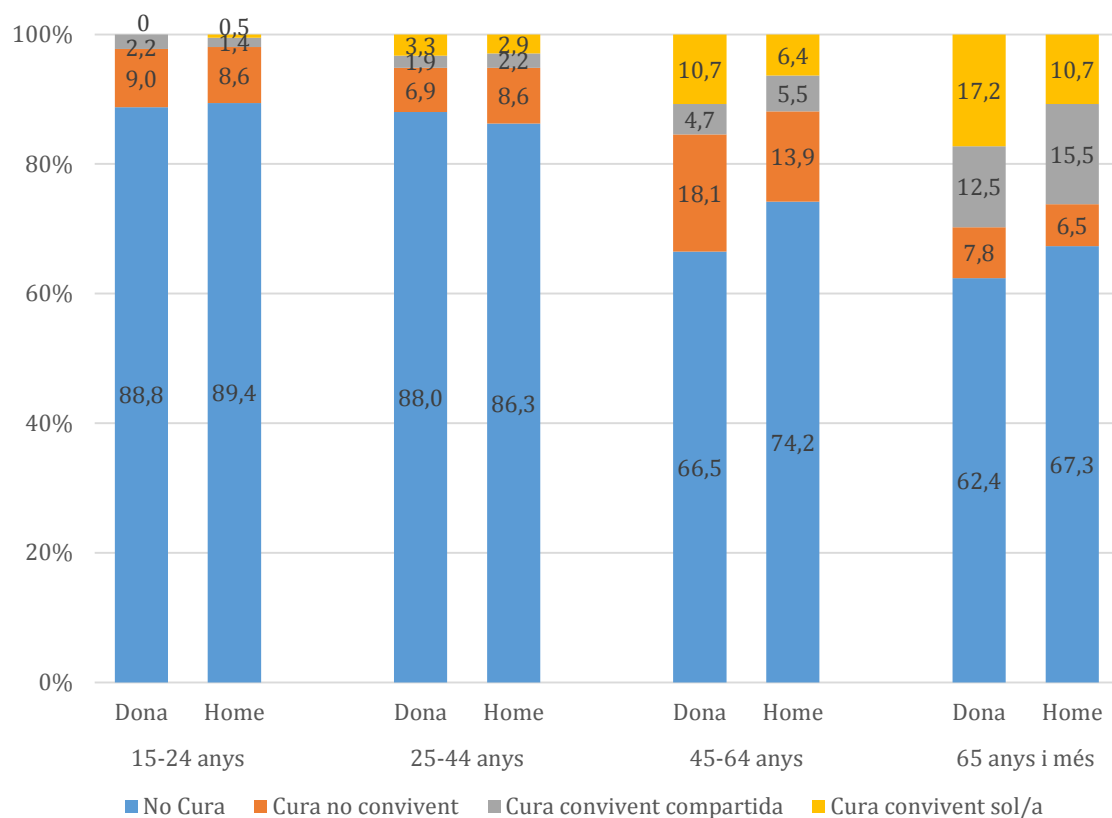
Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Entre les persones que conviuen amb algú amb necessitats especials d'atenció,

destaca el grup de dones que s'ocupen en solitari del treball de cures (8,6% de les dones barcelonines). Els homes tendeixen més a compartir el treball de cures, sent el percentatge d'homes que comparteixen el treball de cures de qui conviuen és lleugerament superior a les dones (5,7% i 5,3%, respectivament).

Per grups d'edat, a la Figura 3 es pot veure com a mesura que les persones es fan més grans augmenta la proporció de cuidadores.

Figura 3. Distribució de la població de Barcelona per grups d'edat segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència amb elles i sexe.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona.

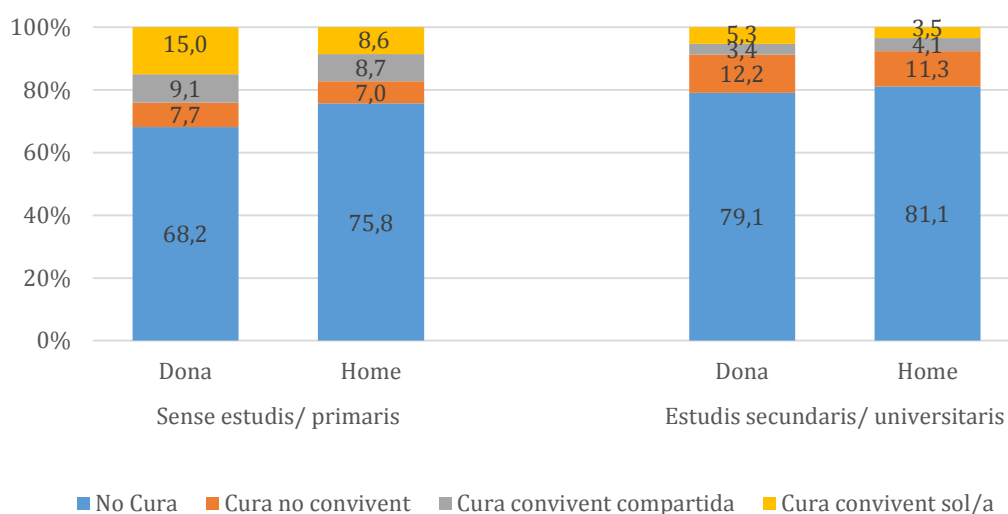
Als grups d'edat més joves, fins als 45 anys, s'encarreguen menys del treball de cures, amb poques diferències per sexe. Les persones d'entre 45 i 64 anys son qui

més encarreguen del treball de cures fora del domicili (el 18,1% i el 13,9% de les dones i dels homes d'aquest grup, respectivament); i el grup de persones de 65 anys i més és l'únic on majoritàriament el treball de cures és realitza dins del propi domicili.

Les diferències entre les dones i els homes al treball de cures comencen a partir del 45 anys, sent major, tant la proporció global de dones que se n'encarreguen, com la de dones que ho fan específicament al mateix domicili en solitari (el 10,7% de les dones de 45 a 64 anys i el 17,2% de les dones de 65 anys i més fan treball de cures en solitari, front al 6,4% i 10,7% dels homes, respectivament).

Per nivell d'estudis, la Figura 4 mostra com la proporció de persones que s'ocupen del treball de cures és major entre les que tenen un menor nivell educatiu.

Figura 4. Distribució de la població de Barcelona per nivell d'estudis segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència amb elles i sexe.



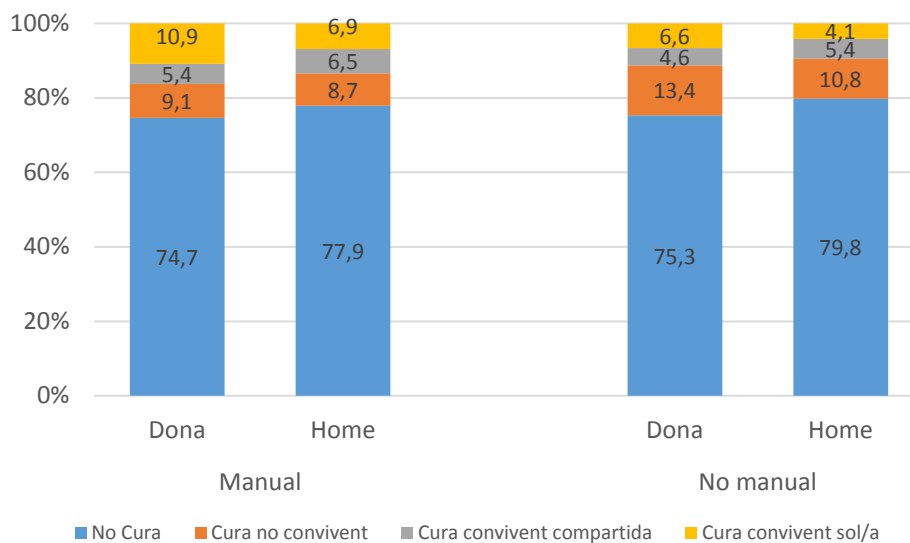
Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Es continuen veient diferències de gènere, sent més pronunciades entre les persones de menor nivell d'estudis. Així, el 31,8% de les dones i els 24,2% dels homes sense estudis o estudis primaris tenen cura d'altres persones, front al

20,9% de les dones i el 18,9% del homes amb estudis secundaris o universitaris, respectivament. A més, cal destacar que les persones amb major nivell d'estudis tendeixen a encarregar-se més del treball de cures fora del domicili i que el grup que amb major proporció s'encarrega del treball de cures en solitari dintre del propi domicili són les dones sense estudis o estudis primaris (el 15%).

Les diferències globals classe social tendeixen a desaparèixer en analitzar per classe social (veure Figura 5), no obstant això, en analitzar en detall el repartiment del treball de cures, es veuen els mateixos resultats que amb nivell educatiu. Així, són les persones de classe manual qui s'encarreguen del treball de cures al propi domicili, especialment les dones i en solitari, mentre que les persones de classes no manual s'encarreguen en major proporció de la cura fora del propi domicili.

Figura 5. Distribució de la població de Barcelona per classe social segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència amb elles i sexe.



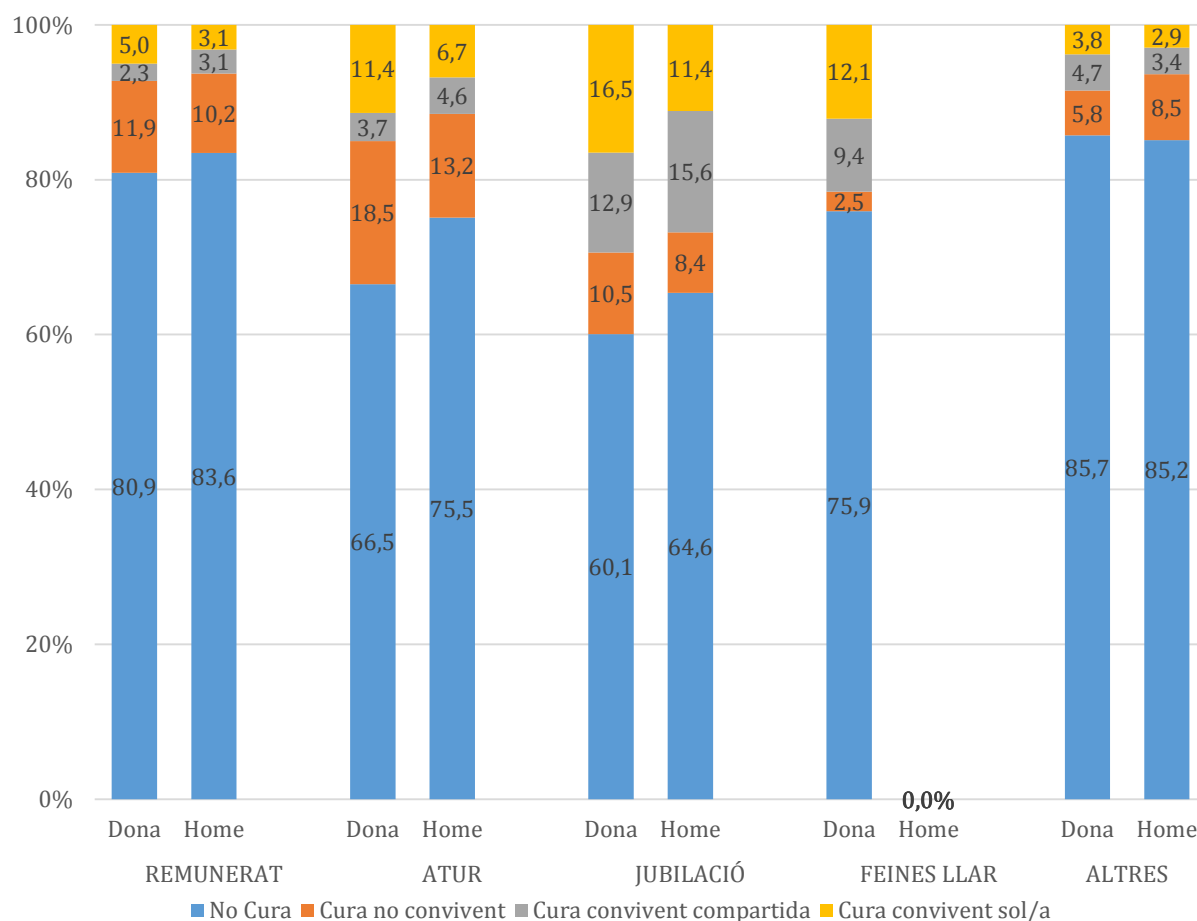
Font:

Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Segons la situació laboral, es pot veure a la Figura 6 com són les persones que es troben a la jubilació qui més es dediquen al treball de cures (39,9% de les dones i el 35,4% dels homes). No obstant això, les persones amb un treball remunerat, i en

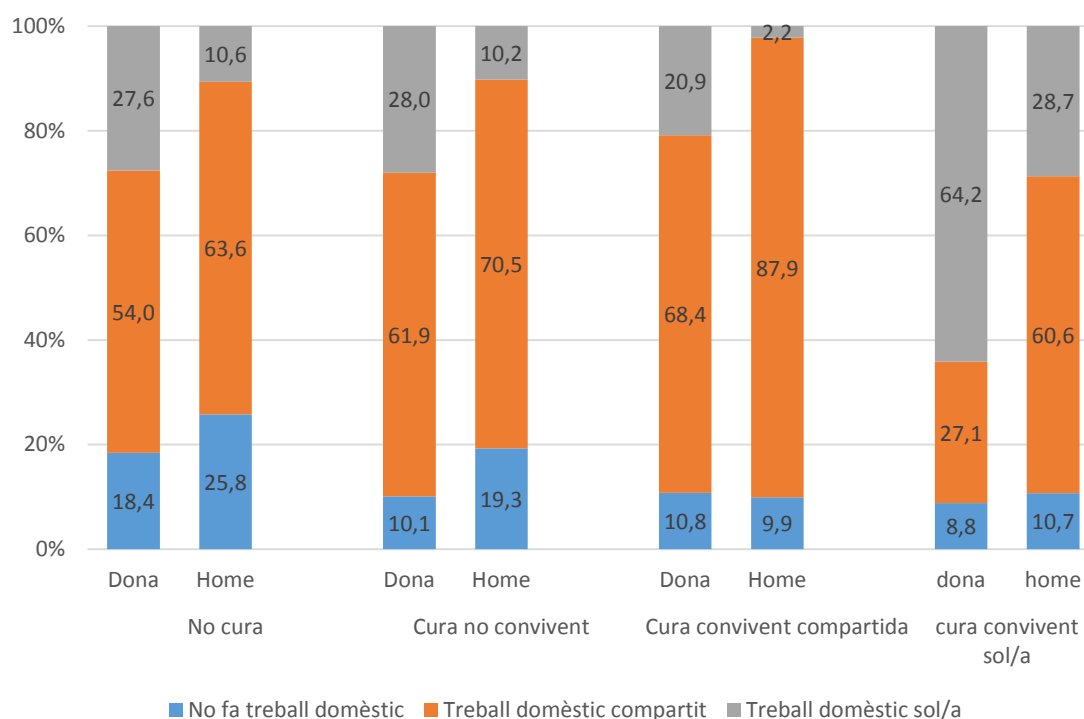
major proporció les que es troben en situació d'atur, també es dediquen al treball de cures. El grup de persones a l'atur és el que es dedica en major proporció al treball de cures de persones fora del domicili (el 18,5% de les dones i el 13,2% dels homes). Independentment de la situació laboral, a tots els grups s'observen diferències de gènere en major o menor proporció, així en tots els grups les dones tendeixen a dedicar-se més al treball de cures i a fer-ho al propi llar en solitari. Cal destacar que a la mostra de l'enquesta no hi ha homes que declarin dedicar-se en exclusiva al treball domèstic.

Figura 6. Distribució de la població de Barcelona per situació laboral segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència amb elles i sexe.



En aquest sentit, a la Figura 7 mostra la relació entre el treball de cures i la resta del treball domèstic. Com es pot veure, les dones continuen sent les principals responsables del treball domèstic. Així, cal destacar que un de cada dos homes de Barcelona no fan treball domèstic, a excepció dels homes que es dediquen al treball de cures de persones convivents en solitari, on la xifra baixa a un de cada tres. A més, la gran majoria dels homes que sí dediquen una part del seu temps al treball domèstic comparteixen aquesta feina.

Figura 7. Distribució de la població de Barcelona segons dedicació al treball domèstic segons tinguin cura o no de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència i dedicació amb elles i sexe.

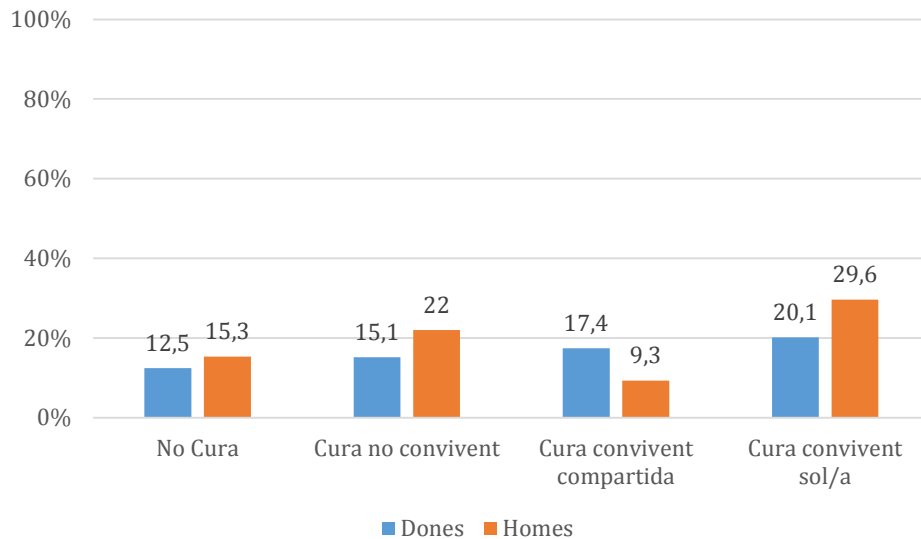


Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona

A la Figura 8 es pot veure com la major responsabilitat de treball de cures es relaciona amb un menor suport social. El baix suport arriba, en el cas de les persones que es dediquen en solitari al treball de cures al seu propi llar, al 20,1% de las dones i al 29,6% dels homes. Aquests gradients, es trenquen només en el cas

dels homes que comparteixen el treball de cures al domicili, que presenten el percentatge de baix suport social menor de tots els grups (9,3%).

Figura 8. Prevalences de baix suport social segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència amb elles i sexe.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona.

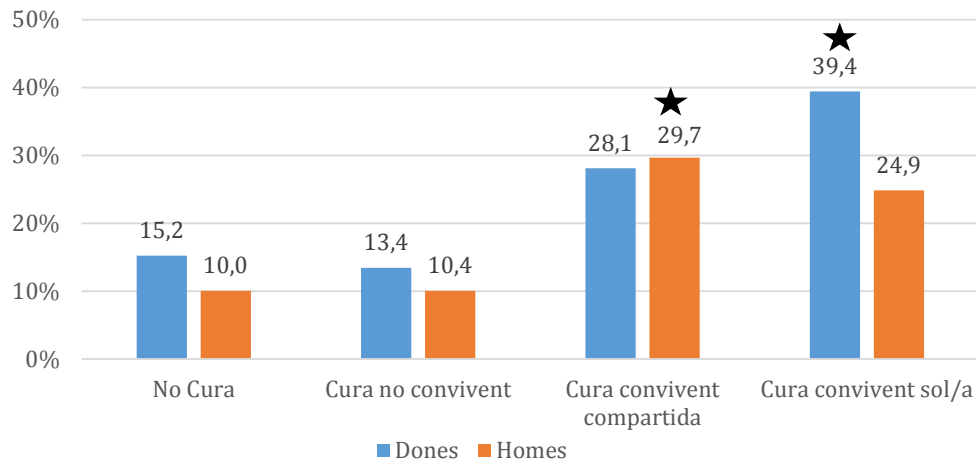
Estat de salut

Com es pot veure a la Figura 9, la prevalença de mal estat de salut percebut és superior en dones que en homes per a tots els grups, tinguin o no responsabilitat de treball de cures. Les persones que s'encarreguen del treball de cures de convivents presenten amb major freqüència mal estat de salut percebut, arribant a un 39,4% en el cas de les dones que ho fan en solitari, més del doble del percentatge de les que no tenen responsabilitat de cures (15,2%).

No obstant, el treball de cures fora del domicili sembla no tenir el mateix efecte sobre el mal estat de salut percebut, presentant xifres similars a qui no tenen cura de persones. En eliminar estadísticament l'efecte que poden tenir l'edat i del nivell educatiu sobre l'estat de salut percebut, els homes que fan treball de cures al propi domicili i les dones que ho fan en solitari continuen tenint pitjor estat de salut

percebut (marcat amb creu al gràfic).

Figura 9. Prevalences de mal estat de salut percebut segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència amb elles i sexe

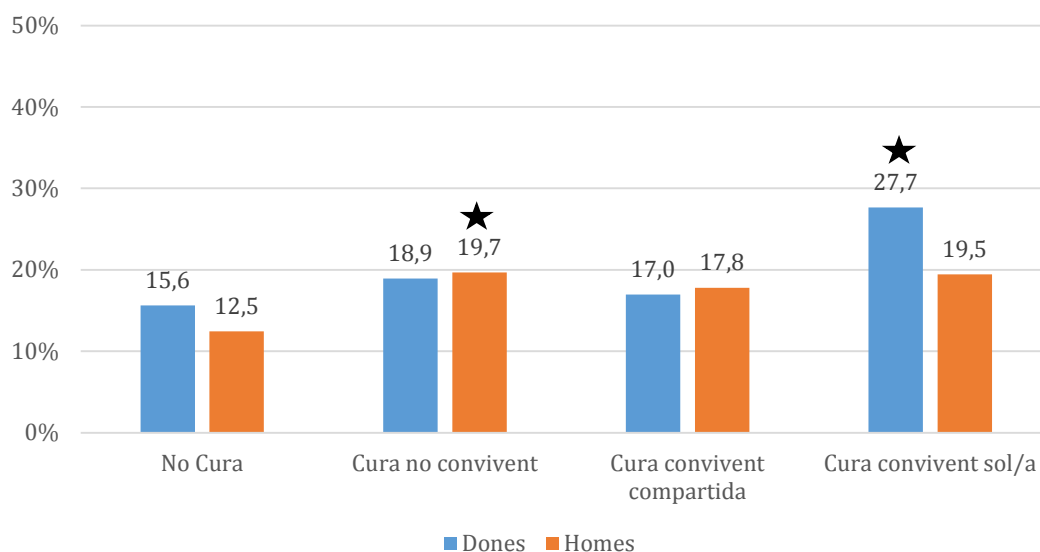


★ Estadísticament significatiu al ajustar per edat i nivell educatiu

Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Respecte al patiment psicològic, en general també es poden veure majors percentatges entre les dones que els homes (Figura 10). Novament són les dones que cuiden en solitari al seu domicili les que presenten els percentatges més alts de risc de mala salut mental de tots els grups, el 27,7%. En aquest cas, les persones que cuiden fora del domicili sí sembla que veuen afectada la seva salut mental, fins al punt de presentar els majors percentatges de patiment psicològic entre els homes (19,7%). Si bé la cura sembla estar relacionada amb patiment psicològic en tots el grups de persones cuidadores, aquelles que comparteixen la cura semblen ser les menys afectades. Si es té estadísticament en compte l'efecte que l'edat i el nivell d'estudis pot tenir en el patiment psicològic, es pot veure com es continuen veient diferències, i els homes que fan treball de cures fora del seu domicili i les dones que ho fan en solitari continuen tenint més patiment psicològic (marcat amb creu al gràfic).

Figura 10. Prevalences de patiment psicològic segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència amb elles i sexe.

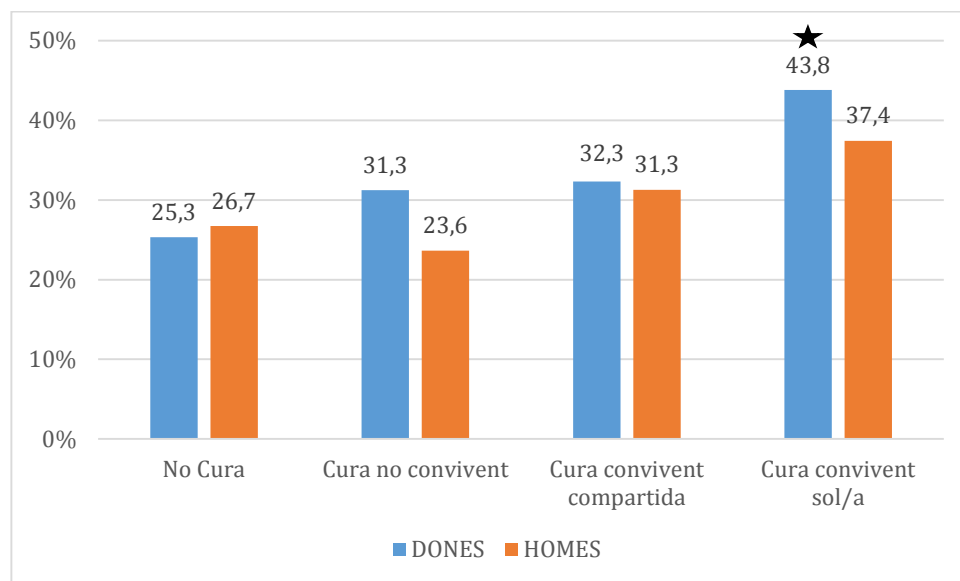


★Estadísticament significatiu al ajustar per edat i nivell educatiu

Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona.

El descans diari és un determinant bàsic de la salut. La manca o els trastorns de la son s'associen a problemes com sobrepès (Gangwisch et al. 2005), diabetis (Shan et al. 2015), accidents (Uehli et al. 2014) o problemes cardiovasculars (Cappuccio et al. 2011). Es considera que una persona adulta necessita aproximadament entre 7 i 9 hores diàries de descans nocturn per recuperar-se i reposar tant físicament com emocionalment. A la Figura 11 es pot veure que una de cada quatre persones que no cuiden, dormen menys de 6 hores. En les dones aquestes xifres de manca de descans augmenten gradualment amb la responsabilitat de cura, arribant al 45,3% entre les dones que cuiden en solitari. En el cas dels homes, són els que comparteixen cura els que presenten els majors percentatges de son insuficient, el 38,3%. Si es té estadísticament en compte l'efecte que l'edat i el nivell d'estudis pot tenir en descans, es pot veure com només es continuen veient diferències a les dones que cuiden en solitari al seu llar que continuen descansant menys hores (marcat amb creu al gràfic).

Figura 11. Percentatges de persones que dormen menys de 6 hores al dia segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència amb elles i sexe



★Estadísticament significatiu al ajustar per edat i nivell educatiu

Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Conclusions

L'organització social i política del treball de cures determina la distribució social i les condicions en què aquest treball es genera. Actualment, en les nostres societats, aquesta organització es resol en termes inequitatius, de manera que el treball de cures és principalment desenvolupat per dones, de classes desfavorides i immigrants. Les condicions de sobrecàrrega en què es desenvolupen les cures determinen la salut de les persones cuidadores, i com la seva distribució social és desigual, el treball de cures pot actuar com un dels mecanismes de les desigualtats en salut.

El marc conceptual de les desigualtats en la salut relacionades amb el treball de cures presentat en aquest informe, mostra com els determinants del benestar i la salut de les cuidadores inclouen, no solament característiques individuals, com la capacitat per gestionar la càrrega de treball o les emocions, sinó sobretot factors socials, culturals, econòmics i polítics. Així, malgrat que el treball de cures no s'ha considerat un element central de les polítiques públiques ni dels debats polítics, el context socioeconòmic i polític, juntament amb els eixos de desigualtat, determinen estructuralment la salut de les persones cuidadores.

A aquests determinants estructurals s'han d'afegir una sèrie de determinats intermedis, constituïts fonamentalment per la divisió de gènere del treball. L'actual incorporació de les dones al mercat laboral no s'ha vist acompanyada d'una incorporació dels homes al treball de cures al mateix ritme, traduint-se en un augment de la càrrega global de treball de les dones ja que continuen sent responsables del treball domèstic i de cures.

Les conseqüències per a la salut de la càrrega de treball de domèstic i de cures es veuen modulades pels suports que reben les persones cuidadores. Finalment, els recursos materials juntament amb els factors psicosocials i els serveis sanitaris acaben per determinar les desigualtats en salut de les cuidadores.

Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona (ESB) de l'any 2016, al voltant d'un quart de la població barcelonina s'ocupa de forma no remunerada o informal del treball de cures de persones que requereixen una dedicació especial per problemes de salut, derivats d'una edat avançada o d'estar en una situació de dependència o limitació funcional. D'aquestes, al voltant de la meitat tenen cura d'algú fora del domicili i la meitat d'algú amb qui conviu.

El treball de cures a Barcelona, especialment el treball en solitari al propi domicili, es desenvolupa principalment per dones, majors de 45 anys, amb baix nivell educatiu, que es troben a la jubilació, i que a més, continuen sent les principals responsables de la resta del treball domèstic. La major responsabilitat de treball de cures es relaciona amb un menor suport social, prevalences superiors de mal estat de salut percebut en el cas de la cura al propi domicili, majors proporcions de patiment psicològic i d'un descans insuficient. Finalment, cal destacar que les dones que s'encarreguen del treball de cures al propi domicili en solitari són les que presenten pitjors indicadors de salut en totes les variables estudiades.

Recomanacions

El marc teòric dels factors que condicionen l'impacte en la salut i en les desigualtats en salut, de tenir cura de familiars que requereixen una dedicació especial per problemes de salut, derivats d'una edat avançada o d'estar en una situació de dependència o limitació funcional, així com el coneixement de la situació a Barcelona que ens ha permès la darrera enquesta de salut (ESB 2016), són la base per fer les recomanacions següents, que caldria tenir en compte en un futur pla per millorar la situació actual. Aquestes propostes es divideixen en tres grans blocs: 1) propostes d'informació o sensibilització; 2) acció; 3) Formació i recerca.

Propostes d'informació o sensibilització

1. Posar en valor la cura, visibilitzant la seva importància social, política i econòmica:
 - a. Fomentant un debat social que plantegi la centralitat social i econòmica de la cura i qüestioni la "norma social" que estableix el treball de cures com una responsabilitat només d'una part de la societat, és a dir les dones, les persones de classe social desfavorida i/o migrades.
 - b. Incentivant la publicació i disseminació d'estudis i altres materials divulgatius que visualitzin tant el valor de la cura, com l'actual repartiment desigual del treball de cures i les seves conseqüències.

Propostes d'acció

1. Promoure estratègies per establir una reorganització amb un repartiment del treball de cures més equitatiu socialment:
 - a. Introduint la cura de les persones com un element central dels debats i decisions polítiques. Cal fomentar polítiques públiques que

contribueixin a la desaparició de les desigualtats socials en les què es basen.

- b. Promovent que aquesta reorganització social del treball de cures sigui participativa i que inclogui no només la governança de la ciutat, sinó també la resta d'agents clau, com són les entitats del tercer sector i especialment a la mateixa ciutadania de forma més directa (des d'associacions de veïns i veïnes, a grups socials que treballen als barris).
- c. Revisant les polítiques socials que contribueixin a la reproducció i el reforç dels rols tradicionals de cura. Cal promoure l'assumpció de la responsabilitat de cura per part del conjunt de la societat, impulsant, per exemple, accions específiques que fomentin la participació dels homes al treball de cures.
- d. Garantint que les estratègies en el treball de cures afavoreixen unes condicions laborals dignes de les persones que exerceixen aquest treball remuneradament, i no es proveeixi a costa dels drets d'altres persones, ja sigui a les llars o als serveis públics i privats.
- e. Valorant la diversitat de models familiars convivint a la ciutat.

2. Facilitar les condicions en les es realitza el treball de cures:

- a. Contribuint a una democratització de la cura tant per les persones que la proporcionen com per les que la reben. Cal augmentar els serveis públics de suport. Aquests serveis han de ser diversos i de qualitat i han de tenir en compte les necessitats de les persones cuidadores i de les cuidades.
- b. Posant en marxa accions i recursos que siguin efectius en disminuir la sobrecàrrega, tant física com emocional, que comporta. Entre aquestes accions s'hauria de contemplar que compartir és un determinant positiu per l'impacte en salut. En aquest sentit, s'han de fomentar els grups d'intercanvi i de suport mutu per a persones cuidadores.
- c. Afavorint el dret als suports formals de cura, valorant l'existència de

requisits o situacions que dificultin o impedeixin l'accés com podem ser qüestions econòmiques per copagaments, de falta d'informació o de lentitud i complexitat dels processos burocràtics. En aquest sentit, cal simplificar els processos burocràtics i garantir l'accés a una informació clara i senzilla per part de tota la ciutadania.

- d. Tenint en compte les necessitats de les persones cuidadores quan els serveis socials, de salut i administratius atenen a les persones cuidades.
 - e. Considerant les necessitats d'accessibilitat i mobilitat de tota la ciutadania a l'hora de dissenyar nou habitatge i espais públics, fomentant a més també la seguretat i autonomia de totes les persones.
 - f. Valorant el perfil principal de les persones cuidadores de familiars actualment a Barcelona a l'hora de dissenyar i implementar qualsevol intervenció adreçada a elles. A més, s'ha de fer especial èmfasi en que les intervencions arribin al col·lectiu més afectat per aquest treball de cures com son les dones que cuiden en solitari al seu llar.
3. Cal que l'administració pública es constitueixi en un bon exemple promovent la democratització del treball de cures :
- a. Contemplant-lo com un element central en l'organització i les condicions laborals del seu personal.
 - b. Impulsant la incorporació de condicions laborals que valorin el treball de cures en les empreses que realitzin treballs per a l'administració pública als plecs dels concursos públics .
4. Respecte als serveis sanitaris assistencials, cal que incorporin en la seva prioritat la detecció i atenció a les persones cuidadores abans que esdevinguin en sí mateixes necessàries d'atenció sanitària per l'impacte que la cura hagi tingut. Han d'atendre a les necessitats de les persones cuidadores i valorar-les preventivament.

Propostes de formació i recerca

1. Impulsar la informació, la formació i la recerca sobre la cura, les desigualtats associades i l'impacte sobre la salut al nostre entorn.
2. Promoure la investigació i l'avaluació de les polítiques desenvolupades al voltant de la cura i el seu impacte en salut.
3. Ampliar l'anàlisi del estat de salut a tots els agents implicats en el treball de cures, tan cuidadores familiars com les persones que es hi dediquen remuneradament.

Bibliografia

- Artazcoz, Lucia et al. 2014. "Combining Employment and Family in Europe: The Role of Family Policies in Health." *European journal of public health* 24: 649–55.
- Artazcoz, Lucía, Imma Cortès, and Vicenta Escribà-Agüir. 2016. "Gender, Work and Health: A Step Forward in Women's Occupational Health." In *Handbook on Gender and Health*, ed. Jasmine Gideon. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Benería, L. 2008. "The Crisis of Care, International Migration, and Public Policy." *Feminist Economics* 14(3): 1–21.
- Bettio, Francesca, and Janneke Plantenga. 2004. "Comparing Care Regimes in Europe." *Feminist Economics* 10(1): 85–113.
- Broese van Groenou, Marjolein I., and Alice De Boer. 2016. "Providing Informal Care in a Changing Society." *European Journal of Ageing* 13(3): 271–79.
- Cappuccio, Francesco P. et al. 2011. "Sleep Duration Predicts Cardiovascular Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies." *European Heart Journal* 32(12): 1484–92.
- Casado, D, and G López. 2001. "Vejez, Dependencia Y Cuidados de Larga Duración En España. Barcelona: Fundación La Caixa." *Estudios sociales*.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. 2012. "Propuesta de Políticas E Intervenciones Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud En España." *Gaceta Sanitaria* 26(2): 182–89.
- Durán Heras, María Angeles. 2012. *El Trabajo No Remunerado En La Economía Global*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Esping-Andersen, Gøsta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Espino, Alma. 2012. "Perspectivas Teóricas Sobre Género, Trabajo Y Situación Del Mercado Laboral Latinoamericano." In *La Economía Feminista Desde América Latina: Una Hoja de Ruta Sobre Los Debates Actuales En La Región*, ed. Valeria Esquivel. Santo Domingo, República Dominicana: ONU Mujeres, 190–246.

- Esquivel, Valeria. 2011. *La Economía Del Cuidado En América Latina: Poniendo a Los Cuidados En El Centro de La Agenda*. El Salvador.
- Ezquerria, Sandra, and Sandra Ezquerria@uvic Cat. 2011. "Crisis de Los Cuidados Y Crisis Sistémica: La Repro- Ducción Como Pilar de La Economía Llamada Real."
- Fagan, Colette et al. 2014. *In Search of Good Quality Part-Time Employment*. Geneva: International Labour Organization.
- Fraser, Nancy. 1994. "After The Family Wage: Gender Equity and the Welfare State." *Political Theory* 22(4): 591–618.
- Gangwisch, James E., Dolores Malaspina, Bernadette Boden-Albala, and Steven B. Heymsfield. 2005. "Inadequate Sleep as a Risk Factor for Obesity: Analyses of the NHANES I." *Sleep* 28(10): 1289–96.
- García-Calvente, María del Mar, Inmaculada Mateo-Rodríguez, and Gracia Maroto-Navarro. 2004. "El Impacto de Cuidar En La Salud Y La Calidad de Vida de Las Mujeres." *Gaceta Sanitaria* 18: 83–92.
- García-Calvente, María del Mar, and María del Río Lozano. 2012. "El Papel Del Cuidado Informal En La Atención a La Dependencia: ¿Cuidamos a Quienes Cuidan?" *Actas de la dependencia* (6): 99–117.
- García, J R. 2012. *Los Tiempos Del Cuidado: El Impacto de La Dependencia de Los Mayores En La Vida Cotidiana de Sus Cuidadores*. Imsero. BOOK.
- García Calvente, Mar, María del Río Lozano, and Jorge Marcos Marcos. 2011. "Desigualdades de Género En El Deterioro de La Salud Como Consecuencia Del Cuidado Informal En España." *Gaceta Sanitaria* 25(SUPPL. 2): 100–107.
- Gil Araujo, Sandra, and Tania González-Fernández. 2014. "International Migration, Public Policies and Domestic Work Latin American Migrant Women in the Spanish Domestic Work Sector." *Women's Studies: International Forum* 46: 13–23.
- Glendinning, C et al. 2009. "Care Provision within Families and Its Socio-Economic Impact on Care Providers." *Social Policy Research Unit, University of York* (May).

- Hochschild, A. 2000. "Global Care Chains and Emotion Surplus Value W. Hutton, A. Giddens (Red.)." *On the Edge: Living with Global Capitalism*.
- Jacobs, Marianne T, Marjolein I Broese van Groenou, Alice H de Boer, and Dorly J H Deeg. 2014. "Individual Determinants of Task Division in Older Adults' Mixed Care Networks." *Health & social care in the community* 22(1): 57–66.
- Kornrich, Sabino, and Maureen A Eger. 2016. "Family Life in Context: Men and Women's Perceptions of Fairness and Satisfaction Across Thirty Countries." *Social Politics* 23: 40–69.
- Kümmerling, Angelika, and Steffen Lehndorff. 2014. *The Use of Working Time-Related Crisis Response Measures during the Great Recession*. Geneva: International Labour Office.
- Larrañaga, Isabel et al. 2008. "Impacto Del Cuidado Informal En La Salud Y La Calidad de Vida de Las Personas Cuidadoras: Análisis de Las Desigualdades de Género." *Gaceta Sanitaria* 22(5): 443–50.
- Lazarus, RS, and S Folkman. 1984. *Stress: Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Companys.
- Llácer, A. et al. 2002. "Correlates of Wellbeing of Spousal and Children Carers of Disabled People over 65 in Spain." *European Journal of Public Health* 12(1): 3–9.
- Lopez-Hartmann, Maja, Johan Wens, Veronique Verhoeven, and Roy Remmen. 2012. "The Effect of Caregiver Support Interventions for Informal Caregivers of Community-Dwelling Frail Elderly: A Systematic Review." *International journal of integrated care* 12: e133.
- Masanet, Erika, and Daniel La Parra. 2011. "Relación Entre El Número de Horas de Cuidado Informal Y El Estado de Salud Mental de Las Personas Cuidadoras." *Revista española de salud pública* 85(3): 257–66.
- Mason, Anne et al. 2007. "A Systematic Review of the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Different Models of Community-Based Respite Care for Frail Older People and Their Carers." *Health technology assessment (Winchester, England)* 11(15): 1–157, iii.

- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. 2015. *Avanzando Hacia La Equidad. Propuesta de Políticas E Intervenciones Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud En España*. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Mutari, Ellen, and Deborah M Figart. 2001. "Europe at a Crossroads: Harmonization, Liberalization, and the Gender of Work Time." *Social Politics* 8: 36–64.
- Nguyen, Ha Trong, and Luke Brian Connelly. 2014. "The Effect of Unpaid Caregiving Intensity on Labour Force Participation: Results from a Multinomial Endogenous Treatment Model." *Social science & medicine (1982)* 100: 115–22.
- Di Novi, Cinzia, Rowena Jacobs, and Matteo Migheli. 2013. "The Quality of Life of Female Informal Caregivers: From Scandinavia to the Mediterranean Sea." *European Journal of Population* 84: 309–33.
- Pearlin, L. I., J. T. Mullan, S. J. Semple, and M. M. Skaff. 1990. "Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures." *The Gerontologist* 30(5): 583–94.
- Pérez, Anna et al. 2015. "Efficacy of Memory Training in Healthy Community-Dwelling Older People: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial." *BMC Geriatrics* 15(1): 113.
- Pérez Orozco, Amaia. 2009. *5 Miradas Globales a La Organización Social de Los Cuidados En Tiempos de Crisis I: ¿qué Está Ocurriendo?* Santo Domingo: Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW).
- Pérez Orozco, Amaia, and Alba Artiaga Leiras. 2014. *¿Por Qué Nos Preocupamos de Los Cuidados? Colección de Ensayos En Español Sobre Economía de Los Cuidados*. New York, NY: UN Women Training Centre.
- Pinquart, Martin, and Silvia Sörensen. 2003. "Differences between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis."

- Psychology and aging* 18(2): 250–67.
- Del Pozo Rubio, Raúl, Francisco Escribano Sotos, and Pablo Moya Martínez. 2011. “El Papel Del Apoyo Informal En Las Prestaciones Del Plan Individualizado de Atención: Una Elección Condicionada Para Las Personas Dependientes.” *Gaceta Sanitaria* 25: 93–99.
- Roca Roger, M. et al. 2000. “Impacto Del Hecho de Cuidar En La Salud de Los Cuidadores Familiares.” *Atención Primaria* 26(4): 217–23.
- Roth, DL, L Fredman, and WE Haley. 2015. “Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal from Population-Based Studies.” *The Gerontologist*.
- Rubery, Jill. 2015. “Regulating for Gender Equality: A Policy Framework to Support the Universal Caregiver Vision.” *Social Politics* 22(4): 513–38.
- Sala-Mozos, E. 2009. *La Calidad de Vida de Las Cuidadoras Informales: Bases Para Un Sistema de Valoración. Informe I: Contexto, Objetivos Y Metodología*.
- Salvador-Piedrafita, M, D Malmusi, and C Borrell. 2017. “Time Trends in Health Inequalities due to Care in the Context of the Spanish Dependency Law.” *Gaceta sanitaria*.
- Salvador-Piedrafita, Maria et al. 2016. “Views of Informal Caregivers and Healthcare Professionals on the Effects of the Dependency Law on Caregivers’ Quality of Life: Concept Mapping.” *Int J Health Services*.
- Schulz, Richard, and Paula R Sherwood. 2008. “Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving.” *The American journal of nursing* 108(9 Suppl): 23–7; quiz 27.
- Shan, Zhilei et al. 2015. “Sleep Duration and Risk of Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis of Prospective Studies.” *Diabetes Care* 38(3): 529–37.
- Shaw, Christine et al. 2009. “Systematic Review of Respite Care in the Frail Elderly.” *Health technology assessment (Winchester, England)* 13(20): 1–224, iii.
- Stoltz, P, G Uden, and A Willman. 2004. “Support for Family Carers Who Care for an Elderly Person at Home—a Systematic Literature Review.” *Scandinavian journal of caring*.

- Uehli, Katrin et al. 2014. "Sleep Problems and Work Injuries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Sleep Medicine Reviews* 18(1): 61–73.
- Verbakel, Ellen. 2014. "Informal Caregiving and Well-Being in Europe: What Can Ease the Negative Consequences for Caregivers?" *Journal of European Social Policy* 24(5): 424–41.
- Victor, Elizabeth. 2009. *A Systematic Review of Interventions for Carers in the UK: Outcomes and Explanatory Evidence*. London: The Princess Royal Trust for Carers.
- Vlachantoni, A, R. J. Shaw, M Evandrou, and J. Falkingham. 2015. "The Determinants of Receiving Social Care in Later Life in England." *Ageing and Society* 35(2): 321–45.
- Weir, Allison. 2005. "The Global Universal Caregiver: Imagining Women's Liberation in the New Millennium." *Constellations* 12(3): 308–30.
- Xarxa pel Suport a les Famílies Cuidadores. 2015. *I Vostè, Com Està?*
- Zarit, S. H., K. E. Reever, and J. Bach-Peterson. 1980. "Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden." *The Gerontologist* 20(6): 649–55.

Annexes

Taula 1.Descripció sociodemogràfica de la població de Barcelona segons tinguin cura o no de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència i dedicació amb elles i sexe. Prevalences estandaritzades per edat.

	Dones				Homes			
	No Cura	Cura no convivent	Cura convivent compartida	Cura convivent sol/a	No Cura	Cura no convivent	Cura convivent compartida	Cura convivent sol/a
	76,2%	10,7%	5,0%	8,1%	78,8%	9,7%	6,1%	5,4%
Edat								
15-24 anys	88,8%	9,0%	2,2%	0,0%	89,4%	8,6%	1,4%	0,5%
25-44 anys	88,0%	6,8%	1,9%	3,3%	86,3%	8,6%	2,2%	2,9%
45-64 anys	66,6%	18,0%	4,7%	10,7%	74,0%	14,0%	5,5%	6,4%
65 anys i més	62,2%	8,1%	12,5%	17,3%	67,9%	6,1%	15,5%	10,4%
Nivell educatiu								
Sense estudis/ primaris	68,8%	7,9%	8,7%	14,6%	75,2%	6,7%	9,3%	8,9%
Estudis secundaris/ universitaris	79,6%	12,0%	3,3%	5,1%	80,7%	11,3%	4,5%	3,6%
Classe social								
Manual	75,2%	9,2%	5,1%	10,5%	77,6%	8,5%	6,8%	7,2%
No manual	76,1%	13,3%	4,3%	6,3%	79,1%	10,7%	6,0%	4,2%
Situació laboral								
Remunerat	81,2%	11,7%	2,2%	4,9%	83,5%	10,3%	3,1%	3,2%
Atur	66,9%	18,1%	3,7%	11,3%	75,1%	13,4%	4,7%	6,8%
Jubilació	59,8%	10,9%	12,9%	16,4%	65,4%	7,8%	15,7%	11,1%
Treball domèstic	76,4%	2,7%	9,1%	11,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Altres	86,2%	5,8%	4,6%	3,4%	85,2%	8,5%	3,4%	2,9%

Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Taula 2. Prevalences de salut estandaritzades per edat de la població de Barcelona segons tinguin cura o no de persones amb necessitats especials d'atenció i segons convivència i dedicació amb elles i sexe.

	Dones				Homes			
	No Cura	Cura no convivent	Cura convivent compartida	Cura convivent sol/a	No Cura	Cura no convivent	Cura convivent compartida	Cura convivent sol/a
Baix suport social	12,2%	14,9%	17,0%	20,0%	15,5%	22,0%	9,4%	29,6%
Mal estat de salut percebut	14,5%	12,9%	27,6%	39,0%	10,7%	11,0%	31,0%	25,9%
Risc de patiment psicològic	15,6%	19,1%	16,9%	27,8%	12,4%	19,3%	17,1%	18,9%
Dormen menys de 6 hores	25,3%	31,3%	32,3%	43,8%	26,7%	23,6%	31,3%	37,4%

Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



Entorns

Connectem
f **t** **y** **i**n

www.aspb.cat