

José Manuel Jiménez Rodríguez

Profesor de Trabajo Social Individual Familiar. Universidad de Huelva. Huelva, España.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jose.jimenez@dstso.uhu.es.

Recibido el 14 de febrero de 2023; aceptado el 27 de febrero de 2023.

Planificación anticipada de las decisiones y final de vida: un acto feminizado en perjuicio de un duelo sosegado

Advance care planning and end of life: a feminized act to the detriment of a calm mourning

Sr. Director:

La planificación anticipada de las decisiones es un proceso deliberativo entre el personal sanitario y el paciente, donde este último, bajo conciencia cognitiva y en la más absoluta libertad y sin coacción externa, deja constancia (por escrito) de sus preferencias sanitarias, para que estas sean consideradas una vez se acerca el final de la vida y desaparece la capacidad para comunicar. Para garantizar el cumplimiento de dicho proceso, las administraciones sanitarias autonómicas ponen al servicio de la ciudadanía, en cartera de servicios, la instrucción previa y el procedimiento y documentación que la desarrolla.

Pese a seguir siendo una prestación desconocida para muchos, el número de solicitudes otorgadas aumenta de forma paulatina y progresiva desde que existe el Registro Nacional de Instrucciones Previas. Tomada como referencia la última estadística publicada por el Ministerio de Sanidad, con datos actualizados a fecha de octubre de 2022, su número se eleva a un total de 391.799 inscripciones. De estas, 139.739 son inscripciones realizadas por hombres, 238.527 corresponden a inscripciones realizadas por mujeres, y la variable no consta en 13.533 inscripciones¹ (tabla 1).

Como se puede comprobar, la prevalencia de solicitudes otorgadas se acentúa entre el grupo de mujeres. Así, su proporción se distribuye entre los valores (el 35,6% para el caso de los hombres y el 60,8% para el caso de las mujeres, sobre el total). De este modo, la incidencia para este grupo poblacional concreto se ve incrementada en un 25,2% respecto del grupo de los hombres. Dicha cifra supone casi el doble de las inscripciones registradas entre los distintos grupos.

A los posibles motivos de este aumento significativo en las cifras del grupo de mujeres se pueden asociar factores como: *a)* haber ejercido en calidad de *cuidadora principal/informal de larga evolución* de personas en situación de dependencia (familiares directos y/o familia extensa);

b) el *agotamiento y claudicación* consecuencia de períodos prolongados de actividad como cuidadora, con mayor incidencia cuando el cuidado prestado se dirige a enfermos crónicos o en situación paliativa; *c)* la *proximidad e identificación con el sufrimiento y el dolor* del enfermo cuidado; *d)* el *conocimiento sobre el recorrido y progresión* de la enfermedad; *e)* la *obstinación de la perpetuidad* del cuidado femenino, y *f)* la *autoconciencia y culpabilidad* por someter a una tercera persona (mayoritariamente mujer) a los propios cuidados, etc.; todo esto, supeditado a la representación social del cuidado (mandatos y sesgos de género) y sus consecuencias directas^{2,3}. Desde este enfoque, considerando los datos publicados por el IMSERSO a fecha de 31 de diciembre de 2022, el perfil de la persona cuidadora de pacientes en situación de dependencia es el siguiente: mujer en el 74% de los casos; del total de mujeres, el 34% son hijas, seguido de madre y cónyuge en un 24,6 y un 19,7%, respectivamente. Relativo a la edad de las personas que cuidan, esta se concentra en la franja de 50 a 66 años, con una frecuencia del 46,8%⁴. Dicha situación, naturalizada históricamente, coloca a la mujer en un estado de invisibilidad social y compromiso con el cuidado no profesional^{5,6}.

Los factores identificados y asociados a la planificación anticipada de las decisiones, y su vinculación con el género, pueden dificultar u obstaculizar el duelo sosegado entre las mujeres cuando estas se encuentran en situación de final de vida; también que existan discrepancias durante el desarrollo del duelo según se sea hombre o mujer. Este duelo, diferenciado, va en perjuicio de la mujer, quien al encontrarse en semejante condición de vulnerabilidad clínica (situación paliativa) respecto del hombre, se puede decantar por la precipitación de la muerte, quedando obstaculizada la oportuna despedida de los seres queridos y el entorno. Dado a que una destacada labor de las mujeres se relaciona con el cuidado desinteresado y obligado del prójimo, consignar estos factores posibilita la devolución justa de una actividad prestada al servicio del Estado ■

Tabla 1. Proporción de solicitudes de instrucción previa en España por comunidad autónoma y sexo

Comunidad autónoma	Hombres	Mujeres	No consta	Total	Población 01/01/2021	Hombres × 1.000 habitantes	Mujeres × 1.000 habitantes	Total × 1.000 habitantes
Andalucía	18.973	29.071	113	48.157	8.472.407	2,24	3,43	5,68
Aragón	4.792	7.894	8	12.694	1.326.261	3,61	5,95	9,57
Asturias	3.452	5.737	2	9.191	1.011.792	3,41	5,67	9,08
Baleares	4.421	7.577		11.998	1.173.008	3,77	6,46	10,23
Canarias	5.736	9.638		15.374	2.172.944	2,64	4,44	7,08
Cantabria	1.579	3.071		4.650	584.507	2,70	5,25	7,96
Castilla-La Mancha	3.584	5.898		9.482	2.049.562	1,75	2,88	4,63
Castilla y León	5.021	9.391	961	15.373	2.383.139	2,11	3,94	6,45
Cataluña	35.798	60.456	12.328	108.582	7.763.362	4,61	7,79	13,99
Comunidad Valenciana	13.467	22.366		35.833	5.058.138	2,66	4,42	7,08
Extremadura	1.084	1.510		2.594	1.059.501	1,02	1,43	2,45
Galicia	5.113	8.900		14.013	2.695.645	1,90	3,30	5,20
Madrid	14.101	26.100	4	40.205	6.751.251	2,09	3,87	5,96
Murcia	2.330	3.743	1	6.074	1.518.486	1,53	2,46	4,00
Navarra	5.035	8.607		13.642	661.537	7,61	13,01	20,62
País Vasco	13.561	25.561	115	39.237	2.213.993	6,13	11,55	17,72
La Rioja	1.611	2.898	1	4.510	319.796	5,04	9,06	14,10
Ceuta y Melilla	81	109		190	169.778	0,48	0,64	1,12
Total nacional	139.739	238.527	13.533	391.799	47.385.107	2,95	5,03	8,27

Elaboración propia a través de los datos del Ministerio de Sanidad, 2022.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad. Registro Nacional de Instrucciones Previas. Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/rnip/home.htm>
- Jiménez-Rodríguez JM. La valoración social como fundamento al diagnóstico clínico en el proceso de la eutanasia: déficits y factores a considerar desde el Trabajo Social Sanitario. *Agathos*. 2022;(3):56-61.
- Jiménez-Rodríguez JM. Déficit sociales en las normativas y documentos relativos a la autodeterminación clínica del paciente: una mirada desde el trabajo social sanitario. *Aten Primaria*. 2020;52:803-5.
- IMSERSO. Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2022. Informe Semestral. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2022.
- Duran Heras MA. La riqueza invisible del cuidado. Valencia: Universitat de Valencia; 2020.
- Jiménez-Ruiz I, Moya-Nicolás M. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enf Glob*. 2018;17:420-33.