

COMUNICACIÓN

La aportación de las mujeres al cuidado de la dependencia: un estudio de tiempos y de coste social del cuidado.

Zambrano Alvarez, Inmaculada

Ciencias Sociales

Universidad Pablo de Olvide

izamalv@upo.es

Resumen

La crisis económica puede afectar desde luego a las prestaciones sociales y con ello al apoyo a los cuidadores que se realiza a través de la Ley de Dependencia. Sin embargo no hay que olvidar que, tal y como ha sido planteada, es el cuarto pilar del Estado de Bienestar y ha sido un gran logro para la dependencia y por tanto también para las mujeres como principales cuidadoras. Esta comunicación tiene como objeto presentar a partir de las encuestas realizadas el tiempo dedicado por las mujeres al cuidado de las personas mayores con dependencia, el coste que supone para las mujeres esta labor, así como la necesidad cada vez mayor de contratar ayuda externa que ayude a esta labor del cuidado. Esta última razón también se debe tener en cuenta como argumento a favor para no recortar la inversión de las administraciones y otras entidades privadas en la dependencia, pues la creación de puestos de trabajo de ayuda a la dependencia como ha sido planteado con la Ley, genera a su vez inversión económica y contribuye a mejorar la situación creada en la actualidad por la crisis económica. Además la desaparición de estas ayudas supondría una mayor crisis para las familias, pues una de las principales quejas de las familias antes de la existencia de la Ley era la falta de ayudas económicas y sociales que faciliten la labor del cuidado. Asimismo y según las encuestas realizadas las familias quieren cuidar a las personas dependientes pero con ayudas de las administraciones públicas.

Palabras clave: Crisis, dependencia, tiempos, cuidados, coste.

Área temática: Tiempos y trabajos

1. Introducción.

La crisis económica afecta desde luego a las prestaciones sociales y con ello al apoyo a los cuidadores que se realiza a través de la Ley de Dependencia. La ministra de Educación, Política Social y Deporte, Mercedes Cabrera, afirmaba el 23 de julio de 2007, que no descarta que la actual “coyuntura económica” pueda tener “alguna influencia” en el despliegue de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia”. Otras opiniones afirmaban que sólo siendo austeros en el gasto público se puede garantizar el gasto social¹. De este tipo de declaraciones se podría deducir que lo más probable es recortar las apuestas sociales que todavía no se han hecho del todo realidad como la Ley de Dependencia, lo que afectaría a la creación de nuevos servicios y centros.

Pero la crisis no solamente afecta al desarrollo de las prestaciones derivadas de la Ley de Dependencia, sino que también afecta a las personas dependientes y a sus cuidadores en cuanto a que no pueden obtener con tanta facilidad determinados servicios como la contratación de una persona externa que ayude en las labores de cuidado, el gasto en adecuar la casa a las necesidades de la persona con discapacidad, o simplemente poder ingresar a la persona con discapacidad en un centro residencial de carácter privado. Según la Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores del IMSERSO realizada en España en el año 2004, en un 14% de los hogares en que existe una persona mayor que precisa cuidados permanentes el cuidador/a principal es un empleado/a de hogar.

2. Las ayudas recibidas por las personas mayores dependientes y sus cuidadores Tiempos y trabajo informal del cuidado.

Un aspecto que caracteriza a una buena proporción de personas mayores con discapacidad según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, en adelante EDDDES99, es la necesidad de algún tipo de asistencia personal² para la realización de ciertas actividades, que aumenta además con la gravedad de la

¹ Declaraciones de Dolores Cospedal 2 de Julio de 2008, el Mundo

² Para la EDDDES99, la asistencia personal está relacionada con la ayuda para la realización de actividades de la vida diaria.

discapacidad o discapacidades padecidas. En España, la mayoría de las personas de edad han alcanzado una mayor autonomía que en el pasado respecto a sus familias en términos de recursos económicos, pero no lo han hecho en la misma medida en cuanto a autonomía asistencial, incluso en aquellos casos en los que sufren discapacidades graves y se encuentran limitados, la ayuda procede de la red familiar (Casanovas y Martín, 2001). Por ejemplo entre los enfermos de Alzheimer un 66% están atendidos por familiares.

Según todas las encuestas realizadas, la familia y especialmente la mujer sigue siendo la principal cuidadora de las personas mayores. Entre los principales cuidadores de las personas mayores con discapacidad, según la EDDES99 se encuentran: la hija (32%), el cónyuge (22%) y otros parientes (14%). Las personas mayores de 65 años son asistidas por los servicios sociales sólo en el 3% de los casos. Un porcentaje más alto de dedicación tiene el/la empleado/as de hogar (8,5%).

Tabla 1
Personas mayores de 65 años con alguna discapacidad que reciben ayudas de asistencia personal por sexo y relación del cuidador principal con la persona con discapacidades

| Relación cuidador con receptor | Total | Varones | Mujeres |
|---------------------------------------|--------------|----------------|----------------|
| Total | 1.113.496 | 322.469 | 791.027 |
| Cónyuge | 22,0 | 43,0 | 13,4 |
| Hija | 31,6 | 20,3 | 36,2 |
| Hijo | 5,6 | 4,3 | 6,2 |
| Hermana | 2,3 | 2,0 | 2,5 |
| Hermano | 0,3 | 0,2 | 0,3 |
| Otros parientes | 14,2 | 9,3 | 16,2 |
| Amigos y vecinos | 1,9 | 1,1 | 2,3 |
| Empleado | 8,5 | 5,4 | 9,8 |
| Servicios sociales | 3,1 | 2,0 | 3,5 |
| Otros | 10,5 | 12,4 | 9,7 |

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999*. INE 2002.

Por sexos, los varones mayores de 65 años con discapacidad son cuidados principalmente por sus cónyuges (43%), seguido de la hija (20%), y a más distancia por otros parientes (9,3%). Las mujeres son cuidadas principalmente por su hija (36%), seguido de otros parientes (16%) y en mucha menor medida que los varones por los

cónyuges (13%) lo que indica que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor. Esto confirma los datos presentados por otros estudios y encuestas sobre el cuidado de la salud, dónde las mujeres, esposas e hijas son asignadas siempre como las cuidadoras principales (Bazo y Domínguez-Alcón, 1996; Tobío, 1996).

Otro dato que presenta la EDDDES 99 y la Encuesta de Apoyo Informal a las Personas Mayores del IMSERSO es que a mayor número de discapacidades padecidas por las personas mayores con discapacidad, aumenta también el tiempo dedicado al cuidado.

La Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 ya mostraba la importante dedicación al cuidado por las personas que realizaban la labor principalmente. En todos los casos, y según esta encuesta, se dedica más de 40 horas a la semana al cuidado (cónyuge, hijos y hermanos) excepto en el caso de la madre, amigos y vecinos, de la persona empleada y de los servicios sociales que dedican menos tiempo. Hay que destacar una vez más que se utilizan más los servicios proporcionados por el empleado de hogar, que los provenientes de los servicios sociales sobre todo a mayor número de horas de dedicación.

Tabla 2.

Personas mayores de 65 años con alguna discapacidad (p.c.d) que reciben ayudas de asistencia personal por relación del cuidador principal con la persona con discapacidades y horas de dedicación a la semana

| | Total p.c.d. | Menos de 7 h. | De 7 a 14 h. | De 15 a 30 h. | De 31 a 40 h. | Más de 40 h. | No consta | Total |
|-------------------------------|-----------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| Total | 1.113.496 | 16,2 | 15,3 | 14,2 | 8,3 | 35,1 | 11,0 | 100,0 |
| Cónyuge | 244.440 | 11,9 | 15,4 | 15,7 | 8,6 | 47,6 | 0,8 | 100,0 |
| Hija | 351.785 | 12,9 | 16,9 | 16,8 | 9,3 | 42,5 | 1,6 | 100,0 |
| Hijo | 62.748 | 18,7 | 21,9 | 17,3 | 10,3 | 29,4 | 2,4 | 100,0 |
| Hermana | 25.870 | 12,0 | 8,6 | 16,0 | 5,6 | 57,8 | 0,0 | 100,0 |
| Hermano | 3.319 | 14,6 | 14,5 | 18,5 | 5,7 | 42,7 | 4,0 | 100,0 |
| Madre | 322 | 0,0 | 73,0 | 0,0 | 0,0 | 26,7 | 0,0 | 100,0 |
| Otro pariente | 157.449 | 17,7 | 16,8 | 15,6 | 10,7 | 37,2 | 2,1 | 100,0 |
| Empleado | 94.736 | 35,1 | 15,4 | 14,3 | 10,9 | 20,2 | 4,2 | 100,0 |
| Amigos y vecinos | 21.706 | 46,6 | 23,7 | 11,2 | 3,3 | 11,6 | 3,5 | 100,0 |
| Servicios sociales | 34.601 | 50,6 | 23,1 | 5,4 | 3,1 | 6,7 | 11,1 | 100,0 |
| Otra relación | 12.901 | 9,4 | 10,5 | 16,9 | 9,6 | 53,0 | 0,6 | 100,0 |
| No consta | 103.165 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,7 | 98,7 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia sobre datos del servidor web del ine: www.ine.es. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Además, la mayoría de los cuidadores de personas mayores con discapacidad que prestan ayudas lo hacen desde hace 8 o más años (cónyuges, hijos y hermanos), excepto el hermano, la mayoría lo hace desde hace 4 a 8 años (50%); los amigos y vecinos, el 29% lo hace desde 1 a 2 años; el empleado de hogar, el 24% lo hace desde 1 a 2 años, y los servicios sociales, el 24% lo hace desde 2 a 4 años. Esto significa que la demanda de cuidados en general se prolonga en el tiempo, y es necesaria la existencia de familiares cercanos que puedan atender las demandas de las personas con discapacidad.

Tabla 3
Personas con alguna discapacidad que reciben ayudas de asistencia personal por relación del cuidador con la persona con discapacidades y tiempo que lleva prestando los cuidados (años).

| | Ambos sexos | | | | | No consta |
|--------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | Menos de 1 a. | De 1 - 2 a. | De 2 - 4 a. | De 4 - 8 a. | 8 o más a. | |
| Total | 7,7 | 12,4 | 17,5 | 20,0 | 31,5 | 10,9 |
| Cónyuge | 5,7 | 10,4 | 16,1 | 22,2 | 44,9 | 0,7 |
| Hija | 6,0 | 12,3 | 19,7 | 23,3 | 37,3 | 1,4 |
| Hijo | 8,8 | 11,7 | 23,3 | 24,9 | 30,6 | 0,8 |
| Hermana | 5,1 | 12,6 | 11,2 | 21,3 | 49,8 | 0,0 |
| Hermano | 3,8 | 4,8 | 5,2 | 50,0 | 32,1 | 4,0 |
| Otros parientes | 8,3 | 13,4 | 20,4 | 22,2 | 33,3 | 2,4 |
| Empleado | 20,1 | 24,1 | 21,4 | 17,5 | 12,8 | 4,1 |
| Amigos y vecinos | 7,4 | 29,4 | 24,1 | 18,3 | 17,3 | 3,5 |
| Servicios sociales | 23,6 | 21,1 | 24,0 | 14,0 | 5,8 | 11,4 |
| Otra relación | 10,1 | 11,6 | 14,5 | 21,0 | 42,2 | 0,6 |
| No consta | 0,1 | 0,0 | 0,6 | 0,2 | 0,5 | 98,6 |

Fuente: Elaboración propia sobre *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999*. INE. 2002

Como conclusión se puede afirmar, que fuera del contexto familiar las personas mayores de las que nos ocupamos no reciben muchas ayudas institucionales o privadas. El mayor apoyo proviene de los empleados de hogar de forma privada, el 7% y solo un 6% recibe ayuda de alguna institución pública.

Tampoco la población cuidadora recibe mucha ayuda formal. Según la encuesta de Apoyo Informal a los Mayores del 2004, el 14% de los cuidadores recibe ayuda de este

tipo. Aun así, el porcentaje se ha doblado respecto a 1994, debido a que la incorporación de la mujer al mundo laboral ha traído como consecuencia la búsqueda de apoyos externos al cuidado, unido al desarrollo aunque todavía escaso, de los servicios sociales y del mercado privado regularizado de atención al mayor. De la ayuda recibida por las personas mayores, el 51% recibe ayuda de un empleado de hogar (iniciativa privada) y el 38% recibe ayuda de los servicios sociales del Ayuntamiento. Sólo el 9% recibe ayudas de las Asociaciones u ONGs.

Tabla 4

Profesional o institución que colabora con los cuidadores/as en la atención a las personas mayores

| | |
|---------------------------|------|
| Empleado de hogar | 51,2 |
| Ayuntamiento | 38 |
| Asociaciones, ONGs | 8,8 |
| Comunidad Autónoma | 6,3 |
| Empresas privadas | 2,9 |
| Centro de día, residencia | 2 |
| Diputación | 1 |
| Nº total de casos | 205 |

Fuente: Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España. IMSERSO/Gfk-Emer (2004):

Como demuestran los estudios europeos (Deven, et al.: 1998) las personas con dependencia prefieren ser cuidados en su hogar por el ámbito familiar, pero en ocasiones se prefiere la atención ofrecida por el sector formal porque está mejor organizada y ofrece más recursos, al disponer de profesionales preparados y de servicios sociosanitarios. En ocasiones además, son los servicios médicos o sociales los que pueden tratar más adecuadamente a la persona dependiente, sobre todo en determinados períodos y para ciertos aspectos de la recuperación de la persona con discapacidad, además de servir de descanso o de sustitución a la labor del cuidado de la familia. Se valora además el carácter impersonal de los servicios, porque evita disputas familiares relacionadas con la atención al dependiente, y puede mejorar esta atención, debido a la sobrecarga que a veces supone el cuidado para el cuidador principal. Si los servicios formales están realmente desarrollados y extendidos existe un riesgo de “demanda inducida”. Cuantos más servicios hay, tanto mayor es la probabilidad de crear actitudes a favor de ellos y demanda. (Fundación Encuentro, 2001; Bazo, 1996)

En el año 2003, y según la Encuesta de Población Activa, (tercer trimestre, año 2003), en actividades sociales, servicios prestados a la comunidad y servicios personales se encontraban ocupadas 710.000 personas con una distribución equitativa entre sexos (52% mujeres). Casi 450.000 personas también trabajaban como personal doméstico, entre los cuales sólo 50.000 eran varones.

En la actualidad la atención a las personas con dependencia se ha convertido en el principal generador de empleo de toda la Unión Europea, debido a la preferencia de las personas con dependencia de ser cuidados en su propio hogar, y vista la crisis de cuidados informales por parte de las familias. Como consecuencia, han surgido un incontable número de oportunidades laborales, sobre todo para las mujeres, que son ofertadas a través de diferentes organizaciones.

En el estudio realizado para el IMSERSO, (Martín Serrano, 2001) se realizaron proyecciones para estimar cómo incidirá el aumento de la demanda de cuidados en la generación de puestos de trabajo que se producirá principalmente en el ámbito de la ayuda domiciliaria. Tras el análisis de las fuentes demográficas, se calcularon los escenarios directos que podrían crearse en los años 2006 y 2011 según tres posibles escenarios, diseñados para satisfacer las necesidades de atención a corto plazo.

- **Escenario mínimo.** Propone mantener los actuales niveles de cobertura, de manera que sólo se crearían plazas cuando fueran necesarias para mantener estos niveles. La puesta en marcha de este escenario implicaría un aumento importante de personas mayores desatendidas. Las cifras de creación de empleo que se obtienen con este escenario son inferiores a las que se ofrecen en las fuentes secundarias, como las publicaciones del IMSERSO: Hasta el año 2006, se crearían 15.474 puestos de trabajo y entre 2006-2011, 17.415. En total, se crearían 32.889 puestos de trabajo.
- **Escenario intermedio.** Sigue las propuestas e indicaciones de las instituciones competentes y representativas en la atención a las personas mayores, sobre ampliación de la cobertura. Sin embargo, este incremento es aún insuficiente para atender la creciente población mayor que precisaría asistencia. El número de empleos es muy superior al anterior y está de acuerdo con las previsiones oficiales:

Hasta el año 2006, se crearían 90.144 puestos de trabajo y entre 2006-2011, 23.793. En total, se crearían 113.937 puestos de trabajo.

- **Escenario máximo.** Propone un incremento de los puestos de trabajo paralelo al aumento de la demanda de cuidados, de manera que se pueda atender a toda la población mayor desasistida que carezca de ayuda informal. Con ello, se alcanzarían coberturas y ratios similares a los alcanzados en otros países de la Unión Europea. No obstante, este escenario no se contempla en las previsiones oficiales. Prevé un incremento importante de puestos de trabajo que cubran esta oferta: Hasta el año 2006, se crearían 278.192 puestos de trabajo y entre 2006-2011, 33.748. En total, se crearían 31.940 puestos de trabajo.

Según el estudio coordinado por M.A. Durán en 1998 en el contexto de la Unión Europea (European Commission, 1999) frente a la reducción del PIB destinada a la protección social, ha aumentado la asignación de financiación pública en gasto médico per cápita y la oferta de empleo en asistencia social, que son áreas que están ofreciendo empleo a mujeres en toda Europa. Según este estudio, estos servicios de cuidado privado, nuevos yacimientos de empleo, están sustituyendo en algunos casos al cuidado tradicional, aunque la tarea del cuidado continua siendo responsabilidad todavía de las mujeres en toda Europa.

3. El coste social del cuidado.

Todas las encuestas realizadas hasta el momento presentan que el perfil del cuidador principal es claramente femenino. La Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores de 2004 presentaba que el perfil del cuidador principal es una *mujer de 53 años, casada, con estudios primarios y que se dedica fundamentalmente a las tareas del hogar*, pero las tasas de actividad de las generaciones de mujeres más jóvenes alterará ese escenario en un futuro no muy lejano.

Cuando la necesidad de cuidado aumenta, la persona que presta la ayuda convive de forma permanente con la persona mayor y en la casa del/la cuidador, según la encuesta

mencionada. Esta encuesta confirma además, que la ayuda es permanente *para un 77% de los cuidadores*, y los cuidadores principales suelen ser la única ayuda que reciben en el 47% de los casos. Sólo el 13% presta ayuda de forma temporal y el 10,4% por períodos fijos. Cuando se produce la ayuda temporal ésta es más bien prestada por cuidadores de segunda generación (hijo, hijas, nueras o yernos).

Es importante señalar, que la existencia de personas cercanas a la persona con discapacidad, que puedan responder a las necesidades de cuidado y atención que esta demanda, es imprescindible para el desarrollo de las actividades cotidianas de las personas con discapacidad, y para la calidad de vida de estas personas. En el caso de no existir al menos una persona que pueda dedicar el tiempo demandado de cuidado, la alternativa es buscar a alguien externo a la familia, que cuide y atienda a la persona con discapacidad, sin embargo, esto significa un coste para la familia que no siempre se puede sufragar, y que se añade a los gastos que ocasiona la discapacidad.

La tasa de vecindad local entre miembros de una misma familia es muy elevada en España, y la cercanía aumenta los contactos. Entre los que no conviven con ningún hijo, más de la mitad tiene algún hijo que vive en la misma localidad (54%), muy cerca o a una distancia media de su domicilio (35%) (Rodríguez 2004; Díez Nicolás, 1996). La nuclearización esconde la pervivencia de una familia extensa modificada que asume funciones asistenciales entre generaciones que no viven bajo el mismo techo (Pérez Díaz, V., Chulía, E., y Valiente, C., 2000). Cuando la independencia residencial ya no puede mantenerse, la familia se convierte en el principal receptor. La edad de 80 años parece una frontera significativa para la independencia residencial, un 47% de los mayores a edades avanzadas pasan a vivir con hijos y nietos (Cabré, 1995; Rodríguez, 1994).

Este modelo de atención en el que la familia ocupa un papel tan importante, tiene sin duda aspectos muy positivos para la persona que demanda cuidados, y en ocasiones también para el cuidador, pero también tiene aspectos negativos. Los gerontólogos hablan de un nivel de tolerancia para el cuidado informal, por encima del cual se transfieren responsabilidades a los cuidadores formales. Las teorías dicen que cuanto

mayor es el valor del tiempo del hijo, más probable es que haya una transferencia de dinero en vez de servicios (Kurz, 1984), pero existen también teorías que apuntan que cuando el hijo decide ayudar al padre, esto no sólo depende de las necesidades y posibilidades del padre y de los costes y de las preferencias del hijo, sino del coste de sustitución en el mercado y las presiones a las que se ve sometido el hijo, y finalmente, de la relación entre padre e hijo.

La obligación moral es la razón principal para el cuidado, un 90% de los cuidadores principales lo afirman como la razón principal. El 51% afirma que no le queda más remedio que hacerlo y el 88,5% afirman que las personas a las que cuidan deberían tener acceso a servicios públicos de atención en el domicilio y en centros de día. Como presenta Maria Angeles Durán, el cuidado en España todavía sigue siendo considerado una obligación familiar, y la norma social requiere que sean las mujeres de cada hogar las que se ocupen de la salud de sus parientes: *"Los roles sexuales que adquieren las mujeres en España, de protección hacia la familia, y la diferente composición de los hogares españoles, con respecto a otros hogares europeos y americanos, significa que los recursos o costes reales asignados globalmente al cuidado de la salud (como bienestar físico y mental), en definición de la propia OMS, pueden ser superiores en España a los de otros países con más altas tasas de incorporación femenina al mercado de trabajo"* (Durán, 1992).

Aunque la convivencia próxima tiene muchas ventajas para la persona que demanda cuidados y para el cuidador, también puede suponer una carga mayor para el cuidador, sobre todo cuando se demanda atención continua y prolongada. La parte positiva de una convivencia próxima es la comodidad de no tener que realizar desplazamientos, pero el aspecto más negativo puede ser el stress familiar que produce la convivencia próxima en el mismo hogar que vive la persona con discapacidad. Existe unanimidad en los estudios realizados, no sólo en España sino también en el contexto europeo, en el reconocimiento de la tendencia de los cuidadores a padecer problemas de salud física (de huesos, músculos, artrosis, lumbagos, cansancio físico), y de salud mental (stress, nerviosismo, depresiones, insomnio), fundamentalmente cuando el cuidado requiere una atención continua (Durán, 2002; Martínez, 2002, Deven, et al.: 1998; Ufton, 1998; Le-Bris, 1993).

Según la Encuesta de Apoyo Informal 2004 a las Personas Mayores, *el 85% de los cuidadores ha tenido alguna incidencia en su vida cotidiana la labor del cuidado*, que aumenta según la edad del cuidador. Llama la atención el alto porcentaje de las principales cuidadoras, hijas de las personas mayores, quienes se ven afectadas en su trabajo remunerado o estudios, (60%), esto indica que, aunque las encuestas realizadas hasta el momento presentan que el perfil de la mujer cuidadora es el de una mujer que se dedica fundamentalmente a las tareas del hogar, también es cierto que hay muchas mujeres que trabajan y al mismo tiempo cuidan alguna persona mayor, con lo que asumen una carga más que a veces se hace difícil de llevar, al intentar compatibilizar las dos actividades. Este último colectivo se prevé además que vaya creciendo, debido a que el porcentaje de mujeres que trabajan en la actualidad es cada vez es más alto.

En un futuro próximo, las mujeres no desempeñarán la labor que ahora desempeñan sus madres. Las diferentes pautas de actividad así lo prevén (Tobío, 1996). Dejaran de existir, por tanto, esas “abuelas colchón” de las que tanto nos hemos beneficiado en el pasado, que atendían a sus hijos y luego a sus nietos. Además en el caso del cuidado de personas dependientes, sin embargo la solidaridad de la red familiar extensa es más difícil por la demanda de atención continua que en ocasiones exige. La decisión de renunciar o limitar la actividad remunerada para atender a la persona que demanda atención continua y prolongada no se toma en el primer momento, sino cuando la evolución de la discapacidad y la necesidad de dedicar más tiempo al paciente la vuelven imprescindible. Aunque en ocasiones haya que abandonar el trabajo por las responsabilidades familiares, la actitud ante el trabajo fuera del hogar seguida por las mujeres es el mantenimiento del vínculo laboral durante todas las fases del ciclo familiar, al menos hasta que no sea rescindido el contrato, igual que lo hacen los varones (Meil, 2000b). En este sentido, como han presentado también los estudios europeos, la ausencia de estructuras formales de ayuda y acogida, o de otras ayudas informales es una razón suficiente por sí misma para dejar el trabajo si las necesidades de la persona a atender llegan a ser demasiado importantes (European Commission, 1999; Jani-Le Bris, 1993).

Una investigación sobre las estrategias que utilizan las mujeres españolas para compatibilizar la vida familiar y laboral, muestra la actitud positiva hacia el trabajo: ellas necesitan trabajar para aumentar sus ingresos familiares, pero también para conseguir más independencia económica y status social. Casi dos de cada tres entrevistadas (62%) afirman que *“le gusta su trabajo y no lo dejaría por su voluntad”*, frente a algo más de un tercio (38%) que dice que *“si pudiera dejaría de trabajar y se dedicaría a su familia”*³. Las edades centrales son especialmente significativa en este sentido: si en 1981 menos de un tercio de las mujeres de 35-39 años eran activas (28,2%), en 1999 son más de dos tercios (64%) (Cordón, 1999; Tobío, 2002). A partir de los cuarenta años el aumento de la actividad es menos importante.

Hoy, en todos los países europeos la inmensa mayoría de las mujeres jóvenes acceden al mundo laboral después de haber finalizado la etapa de formación, y lo que es más importante, pocas, cada vez menos, abandonan el mercado de trabajo por el matrimonio o el cuidado de los hijos (Tobío, 2005). En España, se pasará de un 37% de mujeres que en 1980 dedicaban tiempo a una actividad remunerada, a un 52% en el 2015 acercándose a la proporción de actividad de los varones, y nada menos que el 19% del total de la fuerza de trabajo europea según un estudio realizado en el ámbito europeo, la constituyen mujeres casadas de edad comprendida entre 25 y 49 años, sobre las cuales se ejerce fuertes demandas de trabajo no remunerado (European Commission, 1999; Phillips, 1996).

Todas las investigaciones realizadas hasta el momento, ponen de relieve que la incorporación de las mujeres al mundo laboral debilita el apoyo informal en general y del colectivo de los mayores dependientes en particular. Se prevé que en un futuro la intensidad del cuidado disminuya, debido a que se incrementará la búsqueda de apoyos a través de los servicios sociales, que se espera que aumenten, o mediante la contratación de empleadas de hogar.

³ Encuesta de Compatibilización Familia-Empleo. 1998. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Universidad Carlos III de Madrid.

Hay que destacar también que, según la Encuesta de Apoyo Informal a las Personas Mayores 2004, la mayor parte de los cuidadores (88%) expresa que no recibe de forma regular una recompensa y/o ayuda económica por parte de la persona mayor a la que prestan ayuda. Cuando reciben recompensa esta es suficiente para cubrir lo que gasta en los cuidados (43%), pero en muchos casos no es suficiente (30%). Para las familias con más recursos económicos, hay mayores posibilidades de poder delegar el cuidado en una persona ajena al hogar o de disponer con más facilidad de los servicios formales.

La complementariedad entre el apoyo informal y los servicios formales es garantía, de que puedan mantenerse por más tiempo los cuidados que presta la familia. El apoyo informal no debe quedar constreñido a la familia, sino que los movimientos ciudadanos (voluntariado, asociaciones) deben desarrollarse más.

En un estudio realizado en el Centro de Estudios Andaluces sobre la medición de la pobreza en Andalucía⁴, a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2005 del Instituto Nacional de Estadística, se considera que las personas de 65 años son las que se consideran más pobres y necesitan más cuidados. Esto se analiza a partir de la creación del concepto de pobreza dual entendido como la situación en la que estarían todas aquellas personas cuyos ingresos no llegan a cubrir las necesidades mínimas para desarrollarse de forma plena en la sociedad (indicador de pobreza relativa), y que además perciben dicha realidad como pobreza (indicador de pobreza subjetiva). Bajo este concepto también se consideran más pobres los hombres que las mujeres.

⁴ Comunicación: “La medición de la pobreza en Andalucía: Un análisis a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2005”, presentada en el IV Congreso Andaluz de Sociología. Andalucía en el siglo XXI. (Sevilla, 20 y 22 de Noviembre 2008)

Tabla 5.

Porcentaje de individuos mayor de 15 años en situación de pobreza dual, según sexo y edad. Andalucía y España, 2005.

| | Andalucía | España |
|-----------------|--------------|--------------|
| | Pobreza Dual | Pobreza Dual |
| Varón | 21.2% | 14.9% |
| Mujer | 24.6% | 17.3% |
| De 16 a 29 años | 17.8% | 13.0% |
| De 30 a 44 años | 22.7% | 15.0% |
| De 45 a 64 años | 19.6% | 14.2% |
| 65 años ó más | 35.9% | 24.3% |

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida, 2005

También, y según la tipología de hogar, son los hogares con personas de 65 años los más pobres, así como los compuestos por un adulto con al menos un niño dependiente económicamente, que fundamentalmente lo compone una mujer.

Tabla 6.

Porcentaje de individuos en situación de pobreza, según tipología del hogar. Andalucía y España, 2005.

| Tipo de hogar | Andalucía | España |
|--|--------------|--------------|
| | Pobreza Dual | Pobreza Dual |
| Una persona menor de 65 años | 23,0% | 17,7% |
| Una persona de 65 o más años | 49,5% | 41,6% |
| Dos adultos sin niños dependientes económicamente, al menos una persona de 65 o más años | 37,1% | 24,1% |
| Dos adultos sin niños dependientes económicamente, teniendo ambos menos de 65 años | 13,1% | 10,2% |
| Un adulto con al menos un niño dependiente económicamente | 38,5% | 30,2% |
| Dos adultos con al menos un niño dependiente económicamente | 27,0% | 18,5% |

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida, 2005

Cabe destacar también los mayores porcentajes de percepción de la pobreza (pobreza dual que tiene Andalucía en relación a España.

4. La atribución de responsabilidades en el cuidado

En el último cuarto de siglo, ha aumentado la literatura sobre el coste del cuidado de la salud, sobre todo cuando requiere una atención continua y prolongada (Carrasco, 1991; Rodríguez, 1994; Bermejo, et.al., 1997; Bazo y Domínguez-Alcon, 1996; Tobío, 1996; Durán, 2002). Desde el ámbito europeo, también se ha reconocido el coste social que puede tener la falta de reconocimiento de la labor que mujeres y hombres realizan en materia de cuidado, así como la necesidad de atribuir responsabilidades en el cuidado de la salud en general y de las personas con dependencia en particular.

Algunas encuestas españolas han recogido información sobre la atribución de responsabilidades que los españoles hacen con relación al cuidado de la salud, y sobre las personas mayores en particular. Según la Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores 2004, *las personas cuidadoras de los mayores dependientes prefieren participar en el cuidado de los mayores pero con recursos de apoyo (65,3%)*. Sólo el 18% considera que la responsabilidad debe atribuirse únicamente a las Administraciones con apoyo de la familia, y el 6% considera que debe ser la familia la única responsable. Además hay que tener presente, que el mayor prefiere ser cuidado en su propia casa, en un 70% de los casos, en el supuesto de que lo necesitara.

Entre las prioridades que los cuidadores establecen sobre las medidas que las Administraciones Públicas han tomado o podrían tomar para ayudar a quienes cuidan de las personas mayores, lo que se manifiesta como más importante y deseable, es el desarrollo de los servicios de atención a domicilio, y en segundo lugar, el apoyo económico en forma de salario mensual al cuidador, prestaciones que ofrece la Ley de Dependencia.

Según el barómetro del CIS de 2003, tanto la familia como las Administraciones Públicas a través de los servicios sociales y sanitarios, son los responsables de cubrir las necesidades de las personas con discapacidad (64%), frente al 27% que cree que la responsabilidad debe recaer exclusivamente sobre los servicios sanitarios y sociales, y el 8% que cree que esta responsabilidad debe asumirla sólo la familia. Para la gran mayoría

de los entrevistados, (83%), las Administraciones Públicas son las verdaderas responsables de mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad. Para el 21%, también los empresarios y la Unión Europea deben asumir responsabilidades, además el 41% opinan que las ayudas que conceden las Administraciones a las empresas que crean puestos de trabajo para personas con discapacidad son insuficientes, y que las prestaciones económicas y beneficios fiscales concedidos a las personas no satisfacen las necesidades de las personas con discapacidad y de sus familias.

Para la encuesta realizada por el CIS en el año 2004 "*Opiniones y actitudes sobre la familia*"⁵, el 68,5% de los españoles citan el apoyo a las personas dependientes (aquellas que no pueden valerse por sí mismas para realizar las tareas básicas de la vida diaria, en su mayoría ancianos y personas con discapacidad grave) entre las tres medidas que debería tomar el Gobierno para facilitar la vida familiar, seguido de flexibilizar la vida laboral de las personas con cargas familiares (42,1%). La encuesta muestra además que la familia sigue siendo imprescindible para la vida de los españoles. De hecho, para los encuestados es la institución o valor más importante (sólo por debajo de la salud), y el 96,7% de ellos se encuentra muy o bastante satisfechos con su familia.

Las instancias mencionadas por otras encuestas como responsables para garantizar ciertos derechos sociales el derecho a recibir cuidado cuando se está enfermo y ante situaciones de necesidad (Encuesta CIRES de mayo de 1994 y la Encuesta de Bienestar Social ONCE 1996-97), remitían la responsabilidad del cuidado a la familia, a las personas del propio entorno (amigos), las organizaciones y asociaciones de ciudadanos, la sociedad en general, el propio individuo, el Estado y las Administraciones locales o autonómicas.

⁵ La encuesta "Opiniones y actitudes sobre la familia" del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales elaborada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en el año 2004, en los meses de octubre y noviembre, es de ámbito nacional y se ha utilizado una muestra de 2.484 entrevistas en 168 municipios de 45 provincias. El error muestral es de $\pm 2, \%$. <http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciosociales/200501/SES20050118.htm>

5. Conclusiones.

Con los datos presentados cabe concluir que aunque la crisis puede afectar al recorte del gasto social, no es el mejor momento para recortar los presupuestos de la Dependencia, por no hablar del retraso que sería eso para una Ley que se ha considerado el cuarto pilar del Estado de Bienestar. La Ley de la Dependencia tiene que seguir avanzando, transformándose en un generador de puestos de trabajo y de bienestar tal y como fue planteada. Por otra parte no hay que olvidar que el dinero invertido en dependencia genera más movimiento de dinero, revierte parte del dinero al propio Estado y en conjunto crea una actividad económica importante. El personal contratado dispone además de un salario y consume productos. Los contratadores y los contratados pagan la Seguridad Social y sus impuestos. Esto sin contar con el bienestar producido hacia los cuidadores, en el sentido de la posibilidad de que unas personas liberadas de la necesidad de ser cuidadores permanentes puedan tener otras actividades económicas.

Los estudios realizados hasta el momento además sobre el coste que supone el cuidado de las personas con dependencia, fundamentalmente para las mujeres como principales cuidadoras, y las aspiraciones de las mujeres actuales de continuar trabajando, significa una mayor demanda de servicios de cuidado externo, que es una de las prestaciones que ofrece la Ley de Dependencia, que a su vez puede llegar a solventar la difícil situación por la que están pasando los cuidados, “crisis de cuidados”. A su vez la existencia de prestaciones sociales generadas por dicha Ley puede mejorar la principal demanda de las familias cuidadoras, afectadas a su vez por la crisis económica actual, en cuanto a la necesidad de ayudas económicas y sociales que apoyen la labor del cuidado.

6. Bibliografía.

Bazo, M. T. y Domínguez-Alcón, C. (1996): “Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales”. *Reis*, 73, pp. 43-56.

—. (1996): “Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: análisis sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, pp. 209-222.

Bermejo, F.P.; Rivera, J.N.; Trincado, R.S. (1997): “Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia”. Madrid: Díaz de Santos.

Carrasco Bengoa, M^aC. (1991): *El trabajo doméstico. Un análisis económico*". Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social;

Centro de Investigaciones Sociológicas (2004): "Encuesta sobre Opiniones y actitudes sobre la familia".

Centro de Investigaciones Sociológicas (2003): Barómetro del CIS

Deven, F., Inglis, S., Moss, P. y Petrie, P. (1998): “Revisión de las investigaciones realizadas en Europa sobre conciliación de la vida laboral y familiar para hombres y mujeres y calidad de los servicios de atención. Informe final para la Unidad de Igualdad de Oportunidades de la Comisión europea (DGV)”. *Materiales de Trabajo*, 40. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Duran, M.A. (2002): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBV.

European Commission (1999): *The future of work in Europe: Gendered patterns of time distribution*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Fundación Encuentro (2002): *Informe España 2001. Una interpretación de su realidad social*. Madrid.

IMSERSO (2004): Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estadística (2003): Encuesta de Población Activa, (tercer trimestre, año 2003),

Instituto Nacional de Estadística (1999): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Jani-Le Bris, H. (1993): *Cuidado familiar de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea*. Dublín: Fundación por la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 1993.

Martín Serrano, M. (2001): Generación de empleo en la atención a las personas mayores. Estudio realizado para el IMSERSO (no publicado). www.imserso.es

Pérez Díaz, V., Chuliá, E., y Valiente, C. (2000): *La familia española en el 2000. Innovaciones y respuesta de las familias a sus condiciones económicas, políticas y culturales*. Madrid: Fundación Argentaria – Visor Dis.

Rodríguez, P. (2004): “El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencias. Una visión desde el análisis de género” en *Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar*. Forum de Política Feminista. Madrid.

Tobío, C. (2005): *Madres que trabajan. Dilemas y Estrategias*. Madrid: Feminismos.

—. (2002): “Conciliación o contradicción: cómo hacen las mujeres trabajadoras”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 97, Enero-Marzo, p.156.

—. (1998): “Roles de género y la relación familia-empleo”. *Asparkía. Investigació Feminista*, 9, pp.21-44.

—. (1996): “Changing gender roles and family-employment strategies in Spain”. En: *Comparing Families and Family Policies in Europe*. Cross-National Research Papers. Fourth Series: Concepts and Contexts in International Comparisons of Family Policies in Europe, p. 79-85.