

20

INFORME
ESPAÑA
2011

UNIVERSIDAD ICAI  PONTIFICIA ICADE
COMILLAS
M A D R I D

CÁTEDRA JOSÉ MARÍA MARTÍN PATINO
DE LA CULTURA DEL ENCUENTRO

Servicio de Biblioteca. Universidad Pontificia Comillas de Madrid

INFORME España 2017 / Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro ; [coordinación y edición Agustín Blanco, Antonio Chueca y José Antonio López-Ruiz]. -- Madrid : Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino, 2017

XL, 292 p.

En la portada: 24.

Es continuación de la colección CECS publicada por la Fundación Encuentro ISSN 1137-6228.

D.L. M 31197-2017. -- ISBN 978-84-8468-710-8

1. Situación política. 2. Trata de personas. 3. Mujeres. 4. Situación social. 5. Eficacia en la enseñanza. 6. Jubilación. 7. Personas dependientes. 8. Ciudades. 9. España. I. Blanco, Agustín. II. Chueca, Antonio. III. López-Ruiz, José Antonio. IV. Universidad Pontificia Comillas. Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro.

Coordinación y edición: Agustín Blanco, Antonio Chueca y José Antonio López-Ruiz

Edita: UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS
Cátedra J. M. Martín Patino

ISBN: 978-84-8468-710-8
Depósito Legal: M-31197-2017

Imprenta Kadmos
Salamanca



Gracias a la Fundación Ramón Areces, la Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro elabora este informe. En él ofrecemos una interpretación global y comprensiva de la realidad social española, de las tendencias y procesos más relevantes y significativos del cambio.

El informe quiere contribuir a la formación de la autoconciencia colectiva, ser un punto de referencia para el debate público que ayude a compartir los principios básicos de los intereses generales.

ÍNDICE

PARTE PRIMERA: CONSIDERACIONES GENERALES

POLÍTICA EN TÉRMINOS DE INCERTIDUMBRE: SÍNTOMAS, CAUSAS Y PROPUESTAS..... XI

José Fernández-Albertos

1. ¿En qué consiste la crisis de la democracia representativa?	XIII
2. Los síntomas.....	XVI
2.1. Ciudadanos sin influencia en el proceso político.....	XVI
2.2. Pérdida de apoyo difuso a la democracia como mecanismo de toma de decisiones.....	XVIII
2.3. Volatilidad, fragmentación y polarización política.....	XX
3. Las causas.....	XXII
3.1. Las consecuencias políticas de las transformaciones económicas.....	XXII
3.2. Complejización del proceso de toma de decisiones.....	XXIX
3.3. Corrupción y desconfianza.....	XXXIII
4. Algunas propuestas para un nuevo modelo de política	XXXVI
4.1. Políticas para la igualdad económica (y política).....	XXXVII
4.2. Mecanismos de implicación ciudadana en el proceso político... ..	XXXVIII
4.3. Nuevas instituciones para la articulación de intereses	XXXIX

PARTE SEGUNDA: “SUEÑOS ROTOS”: LA TRATA DE MUJERES Y NIÑAS CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

Carmen Meneses

Introducción.....	3
1. Trata, tráfico, prostitución coactiva y explotación sexual: conceptos diferentes	5
2. Dimensiones de la trata	8
2.1. A nivel global.....	8
2.2. En Europa	9
2.3. En España	11
3. Características de la trata como esclavitud	12
3.1. La captación.....	12
3.2. Tránsito, transporte al país de destino y comienzo del cautiverio..	16
4. Características de la situación de trata en España.....	19
4.1. Los locales de alterne.....	19
4.2. Los pisos o chalets	24
4.3. La vía pública.....	25
5. Factores que generan la trata de personas con fines de explotación sexual.....	28
6. Acciones contra la trata con fines de explotación sexual.....	33
6.1. Detectar e identificar	34
6.2. Rescatar y recuperar.....	36
7. ¿Desde qué sistema jurídico-político se combate mejor la trata con fines de explotación sexual?	37
8. Generar recursos y acciones específicas	40
9. Reflexiones finales.....	41

PARTE TERCERA: DESARROLLO E INTEGRACIÓN SOCIAL

Capítulo 1

LA IMPORTANCIA DE LAS EVALUACIONES: REFERENTES INTERNACIONALES Y CALIDAD EDUCATIVA 47*David Cervera Olivares y Guillermo Gil Escudero*

Introducción.....	49
1. Origen de las evaluaciones educativas internacionales	51
2. Tipos de evaluación educativa.....	53
2.1. La evaluación de los objetivos, estructura y contenidos de los sistemas de educación.....	55
2.2. La evaluación de los recursos de los sistemas educativos.....	57
2.3. La evaluación de la Administración educativa	59
2.4. La evaluación de los impactos derivados de la existencia de los sistemas educativos.....	59
2.5. La evaluación de los resultados de la educación	61
3. Concepto y tipos de evaluación del rendimiento académico	63
3.1. Concepto de educación y de evaluación de los resultados educativos	63
3.2. Tipos de evaluación del rendimiento académico	70
3.3. Tipos de evaluación educativa y destinatarios de las evaluaciones educativas.....	74
4. Evaluaciones externas internacionales.....	75
4.1. Estructura de las pruebas.....	79
4.2. Características propias de PISA.....	81
4.3. Características propias de PIRLS	84
4.4. Características propias de TIMSS	86
4.5. Ejemplo de marco teórico de evaluaciones externas.....	88
5. La evaluación educativa internacional y la calidad de la educación	97
5.1. Concepto de calidad educativa.....	97
5.2. La evaluación internacional de los sistemas educativos y la calidad	102
5.3. La evaluación internacional y la calidad de la educación de los centros educativos	111
6. Conclusiones.....	114

Capítulo 2

LA JUBILACIÓN EN ESPAÑA: ¿HACIA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO CON PENSIONES INSUFICIENTES? 119*Jonas Radl y María Sánchez-Domínguez*

Introducción.....	121
1. Factores explicativos de la edad de jubilación	123
2. Indicadores demográficos y económicos de los mayores en España.....	126
2.1. El envejecimiento en España	126
2.2. Número de años esperados en la jubilación.....	130
3. La jubilación en España	133
3.1. Sendas de salida y edad de jubilación	133
3.2. ¿Por qué motivos se jubilan los españoles?.....	141
4. La jubilación progresiva en España.....	146
5. Pensiones, pobreza y privación material entre las personas mayores.....	152

5.1. La pobreza relativa: ¿una brecha generacional?.....	152
5.2. Dimensiones de estratificación social en la vejez	154
6. Planificación de la jubilación	160
6.1. Fuentes de ingresos de jubilación más allá de la pensión pública ...	161
6.2. Los conocimientos financieros.....	162
7. Conclusiones.....	164
 Capítulo 3	
DEPENDENCIA Y CUIDADOS	169
<i>Antonio Abellán, Julio Pérez, Alba Ayala, Rogelio Pujol y Gerdt Sundström</i>	
 Introducción.....	 171
1. Marco demográfico, vejez y dependencia	176
1.1. El proceso de envejecimiento en España	178
1.2. Cambios en la estructura familiar y en los tipos de hogar	181
2. Perfiles de la dependencia.....	182
2.1. Prevalencias.....	182
2.2. Nivel de educación.....	187
2.3. Con quién viven y dónde residen los dependientes	188
2.4. Factores asociados con la dependencia.....	192
2.5. Calendario y tipos de discapacidad	193
2.6. Prisioneros en su hogar	194
2.7. El futuro de la dependencia	196
3. Patrones del cuidado. Quién cuida a quién	197
3.1. La pirámide del cuidador: sexo y edad de los cuidadores	199
3.2. Nivel de educación.....	200
3.3. Quién cuida según parentesco y sexo	200
3.4. Patrones: quién cuida a quién.....	204
3.5. Caracterización de los cuidadores	208
3.6. Las tareas del cuidado	208
3.7. Duración del cuidado y tiempo por cuidar	211
4. Las consecuencias del cuidado.....	214
4.1. La carga del cuidado.....	214
4.2. ¿Cuál es el valor del cuidado informal provisto a personas dependientes?.....	217
5. Tendencias futuras. Cambios demográficos y cambios en el cuidado	218
5.1. Algunos motivos de alarma	219
5.2. Cambios en el patrón futuro de cuidados	222
5.3. Igualdad entre hombres y mujeres en el cuidado futuro	229

PARTE CUARTA: REDES Y TERRITORIO

Capítulo 4

LA INNOVACIÓN URBANA: LA ESCALA HUMANA EN LA CIUDAD INTELIGENTE 235*Manuel Fernández*

Introducción.....	237
1. Un mundo urbano: las ciudades en la era digital.....	238
1.1. Un mundo urbanizado	239
1.2. Un mundo conectado	241
2. La ciudad equipada digitalmente como ciudad inteligente.....	244
2.1. El ascenso de la <i>smart city</i> como modelo urbano.....	245
2.2. Si no has oído hablar de ella, da igual: ya vives en ella.....	247
2.3. Si has oído hablar de ella, tal vez no te aclares mucho. El problema de la definición de la <i>smart city</i>	248
2.4. Las tecnologías que dan forma a la ciudad inteligente	252
2.5. Más allá de la transformación digital: el cambio cultural de la sociedad conectada	255
3. La ciudad inteligente en acción: inteligencia tecnológica para la transformación de la ciudad	256
3.1. No existe una ciudad inteligente.....	258
3.2. Un mundo urbano, muchos tipos de ciudades	262
3.3. Las diversas formas de la ciudad inteligente en la práctica.....	263
3.4. Una visión de conjunto: oportunidades y promesas de la ciudad inteligente.....	267
4. El desarrollo de la <i>smart city</i> en España.....	272
4.1. Plan Nacional de Ciudades Inteligentes	273
4.2. Red Española de Ciudades Inteligentes	275
5. Los retos de futuro: la escala humana en la ciudad inteligente	276
5.1. Retos prácticos y tecnológicos.....	276
5.2. Retos políticos y sociales.....	279
6. Conclusión: ¿tecnologizar la ciudad o urbanizar la tecnología?.....	288

Parte Tercera

DESARROLLO E INTEGRACIÓN SOCIAL

Capítulo 3
DEPENDENCIA Y CUIDADOS

Antonio Abellán, Julio Pérez, Alba Ayala
CSIC

Rogelio Pujol
INE

Gerdt Sundström
Institute of Gerontology, Jönköping University (Suecia)

Introducción

Cientos de miles de personas en España reciben cuidados de otras porque tienen problemas en su funcionamiento físico o cognitivo. Las Administraciones Públicas y sus propias familias invierten millones de euros en servicios para atenderlas. Pero, sobre todo, sus familias dedican una ingente cantidad de horas a esa tarea, con intensidad e implicación, y un extraordinario esfuerzo físico y emocional. Son quienes cuidan a las personas que llamamos dependientes.

Durante décadas, demógrafos, gerontólogos, economistas y otros expertos han escrito sobre el proceso de envejecimiento demográfico (el aumento de edad media poblacional) y sus consecuencias, especialmente en los sistemas de pensiones y sanitario. Pero hace sólo un par de décadas se puso de manifiesto la necesidad de dar visibilidad a la dependencia. Como se señalaba en el *Informe España 2001* de la Fundación Encuentro¹, la dependencia, la necesidad de ayuda para las actividades cotidianas, había tenido antes de esos años una nula visibilidad y una escasa consideración social y política. Era un problema limitado a las fronteras del hogar.

La monografía editada por el IMSERSO en 1999 y coordinada por G. Rodríguez Cabrero *La protección social de la dependencia*², junto con otros trabajos previos del propio IMSERSO sobre apoyo informal (encuestas y documentos técnicos), marcaron unos años importantes en el desarrollo de estudios sobre la dependencia y en su mayor y mejor conocimiento. También fueron trabajos posteriores, recogidos en el Libro Blanco *Atención a las personas en situación de dependencia en España*³, los que sirvieron de base para la presentación y discusión en el Parlamento de la Ley de Dependencia, que se aprobó en 2006 (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situa-

¹ Abellán García, A. y Puga González, M. D. (2001): “La dependencia entre los mayores”, en *Informe España 2001*. Madrid: Fundación Encuentro, pp. 187-246.

² Rodríguez Cabrero, G. (coord.) (1999): *La protección social de la dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.

³ IMSERSO (2005): *Libro Blanco: Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ción de Dependencia). Puede considerarse que, con dicha ley, al margen del grado de su dotación presupuestaria o implementación posterior, culmina el proceso que eleva la dependencia al mismo nivel de importancia en la política social que las otras llamadas “patas del Estado de bienestar” (sanidad, educación y pensiones).

Objetivo

Lo que se hace en este capítulo es revisar y profundizar en las características de este cuidado a los dependientes, prestando atención a nuevas fuentes de datos y centrándonos en las edades mayores (65 y más años), donde se produce la mayor proporción de personas con dependencia. Son dos de cada diez mayores, y suponen ya siete de cada diez dependientes en el total de la población.

La otra cara poco visible de la dependencia es el cuidado. El centro del análisis aquí va a ser el cuidado a cargo de la familia, que es la principal fuente de todo el cuidado dispensado a los mayores, a una distancia abrumadora respecto al cuidado proporcionado por no familiares (como vecinos o amigos), bajo la definición y sentido que tiene el concepto de cuidar en nuestra sociedad.

Definiciones

La fuente estadística principal en este capítulo es la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) del INE (2008), y por ello son las definiciones incluidas en su marco conceptual las que se manejan. En aras a una mayor claridad en el resto del capítulo, se resumen a continuación las principales:

- **Dependencia.** Aunque toda persona que vive en sociedad es dependiente de los demás en muy diversos sentidos, dicha dependencia adquiere carácter distintivo cuando impone sistemáticamente la ayuda de otra persona para realizar actos indispensables de la vida cotidiana. En otras palabras, existe un concepto amplio de dependencia, que recoge todas las necesidades y no sólo criterios funcionales y de salud; esa dependencia, más difícil de medir, incluye aspectos físicos, mentales, económicos y socio-culturales. Pero el sentido más extendido en gerontología –y el que seguimos en este capítulo– es el de dependencia física asociada a discapacidad, es decir, a limitaciones para realizar actividades cotidianas.

- **Población objeto.** Excluyendo la natural dependencia durante los primeros años de la vida, la mayor necesidad de ayuda se presenta entre las personas mayores y aumenta con la edad. Entendemos por personas

mayores las que tienen 65 y más años. Siete de cada diez dependientes son personas mayores, y esta proporción no hará más que aumentar conforme se acentúe el proceso de envejecimiento demográfico. Por ello, nos centramos en este capítulo en el estudio de la dependencia de personas mayores que residen en viviendas familiares. Las personas que viven en alojamientos colectivos (residencias, etc.) no suelen incluirse en las encuestas generales, dada la gran diferencia en su situación vital; toda la atención que reciben debe ser considerada como ayuda formal y está reglada bajo programas de actuación.

- **Discapacidad.** El término dependencia está estrechamente relacionado con el de discapacidad y pérdida de autonomía. Se entiende por discapacidad toda limitación importante para realizar las actividades de la vida diaria que haya durado, o se prevea que vaya a durar, más de un año. Su origen puede ser una deficiencia orgánica, una enfermedad crónica o procesos degenerativos propios de la edad. De hecho, la discapacidad (y no la muerte) es la principal consecuencia de los trastornos de la salud y las enfermedades crónicas; es incluso mejor indicador predictivo de necesidades médicas y de servicios sociales que la simple prevalencia o incidencia de determinada enfermedad. Pérdida de autonomía es la incapacidad de elegir, de ordenar la vida, de actuar o de funcionar según las propias normas.

- **Cuidador.** Es toda persona que ayuda a otra para que pueda realizar actividades de la vida diaria que su discapacidad le dificulta o impide. De entre los diversos cuidadores posibles, generalmente las encuestas identifican un *cuidador principal*. Ésta es la figura objeto de análisis aquí, salvo que se especifique otra cosa, pues suponen el 91% de todos los cuidadores de personas de 65 y más años; en el conjunto de la población dependiente la proporción de cuidadores principales es aún mayor, el 94%. No obstante, los *cuidadores secundarios* han ido creciendo en importancia en los últimos años, como se verá.

La asistencia o cuidados a una persona de edad (con enfermedad crónica o con discapacidad) tiene como finalidad permitir a quien la recibe mantener un nivel óptimo de independencia. La ayuda puede ser instrumental o material (práctica, a mano), afectiva, financiera o cualquier otra que el receptor considere de valor o de necesidad. Esta amplitud conceptual suele dificultar la comparación entre encuestas y entre países y situaciones, ya que puede ser muy variable en intensidad y duración. La ayuda considerada en este capítulo es el cuidado para la realización de las actividades cotidianas.

- **Cuidado informal.** Las circunstancias personales y del entorno del cuidador principal, y del dependiente de 65 y más años al que cuida, pueden ser muy dispares. Una característica definitoria del tipo de cuidador es

la que tiene en cuenta la cercanía de parentesco o amistad de quienes realizan su labor de atención; son los conocidos como cuidadores informales; y generalmente no reciben retribución directa ni diferida por su trabajo. En esta ayuda, definida como informal, un individuo de la familia es normalmente el que acaba asumiendo el rol de cuidador principal (o primario), el de mayor responsabilidad, por conveniencia o por propia elección; suele ser el que vive más cerca, empezando por el cónyuge o algún hijo/a no emancipado, y continuando con el resto de hijos, familiares y otras personas. A efectos de este capítulo, y dado que la inmensa mayoría del cuidado informal es ofrecido por la familia (más del 98%), se hablará indistintamente de cuidado informal o cuidado familiar. Los cuidados informales o familiares suponen el 87% de todo el cuidado ofrecido por todo tipo de cuidador principal; el resto constituye el cuidado formal.

- **Cuidado formal.** Es el que se proporciona a cambio de retribución, pagada por la familia o por la Administración Pública, o el que está comprendido en programas organizados. También los voluntarios, aunque no reciban retribución alguna, pueden incluirse en el sector formal si actúan encuadrados en organizaciones. Los cuidadores formales sólo representan el 13% de todos los cuidadores principales, pero su papel como cuidadores de apoyo, o como secundarios, ha aumentado en los últimos años.

Fuentes estadísticas manejadas

- **Encuesta EDAD 2008.** La Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) fue realizada en 2008 por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se trata de una importante operación estadística, que continúa la experiencia de las otras dos encuestas nacionales sobre discapacidad, realizadas en 1986 y 1999.

Persigue proporcionar información al Sistema Nacional de Dependencia y crear una base estadística para el análisis y la planificación, de acuerdo con lo previsto en el artículo 37 de la Ley de Dependencia de 2006. Por primera vez incluye entrevistas en establecimientos colectivos.

Entre sus objetivos específicos destaca el conocer las características de las personas en situación de dependencia y la respuesta en forma de asistencia.

Recoge información básica de 258.187 personas en viviendas familiares –de las que 45.553 son personas de 65 y más años– y 10.507 personas en establecimientos colectivos –de las que el 75% eran personas mayores–. Tras identificar a las personas con discapacidad, se les aplicó un cuestionario específico sobre las características de dicha discapacidad. A los cuidadores principales se les pasó un breve módulo específico para obtener información de detalle de este colectivo.

Cuadro 1 – Ley de Dependencia

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE de 15 de diciembre de 2006. Es conocida como Ley de Dependencia, por simplificación.

Establece un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y a las prestaciones y servicios previstos en la ley, mediante la creación de un sistema para la autonomía personal y atención a la dependencia, en el que colaborarán todas las Administraciones Públicas.

El catálogo de servicios comprende: servicios de prevención, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, atención residencial; prestación económica vinculada al servicio, y excepcionalmente al entorno familiar; prestación económica de asistencia personal (ayudante). Define tres grados de dependencia (moderada, severa y gran dependencia) y establece un baremo para valoración (desarrollado mediante decreto). Establece el copago por parte del beneficiario.

El IMSERSO queda encargado de elaborar las estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD).

En 2012 un real decreto (20/2012) modificó, reduciéndolas, algunas de las prestaciones.

La encuesta EDAD responde a la necesidad de información poniendo el foco de atención en las ayudas personales y la dependencia; en las anteriores encuestas los temas centrales habían sido las deficiencias (1986) y la discapacidad (1999).

El cambio demográfico y la creciente relevancia de la vejez (17% del total de la población en 2008) en la sociedad española fueron determinantes en el enfoque de esta encuesta. Conocer y analizar estos cambios y otros relativos a las formas familiares y de estructura de hogar y epidemiológicos (retraso o no de la aparición de la discapacidad hacia edades más tardías) requería una nueva encuesta. Debía recoger preguntas que permitiesen analizar la evolución de las personas dependientes, para medir el impacto de las políticas públicas aplicadas, en especial las ayudas ofrecidas por el SAAD, y permitir identificar a la población en riesgo de caer en dependencia, para poder diseñar estrategias públicas de intervención.

El Plan Estadístico Nacional 2017-2020 del INE recoge la realización de la nueva Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia; en el RD 747/2016 de 30 de diciembre se asigna una partida de gastos para su realización durante 2017.

Ítems o *actividades consideradas en el estudio*. Entre estas actividades se encuentran un grupo de actividades básicas, habitualmente conocidas como *actividades de la vida diaria (AVD)*, que son aquellas que permiten mantener una mínima autonomía personal y un nivel básico de intimidad física. Existe un segundo nivel de actividades más complejas, que requieren tomas de decisión o interacciones con el medio, denominadas *actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)*. Esta clasificación se ha

utilizado para analizar las tareas desarrolladas por los cuidadores. Para la definición de personas con discapacidad y en dependencia se ha optado por incluir los 44 ítems de la encuesta agrupados en problemas de visión, audición, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica e interacciones y relaciones personales. Es decir, se aplica un sentido amplio de discapacidad.

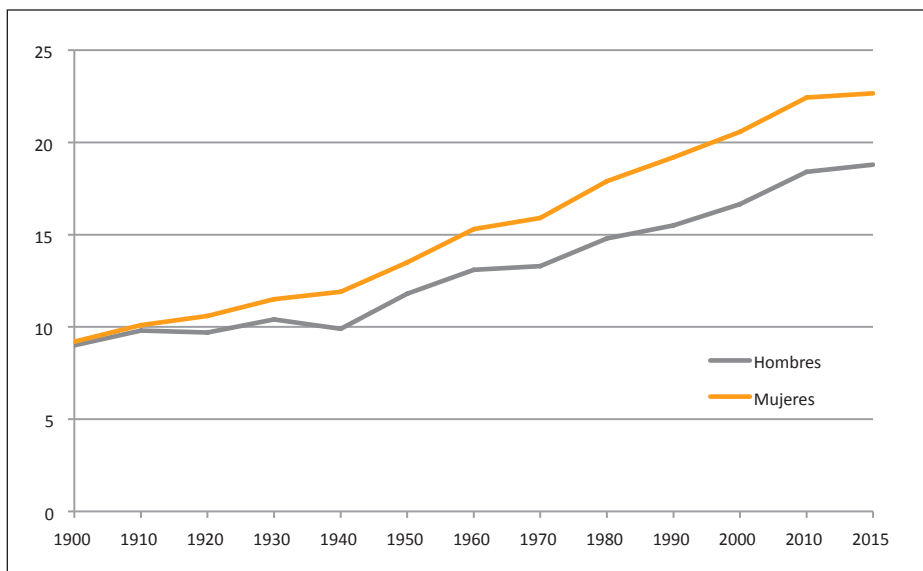
▪ **Encuesta CIS 3.009, 2014.** El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) llevó a cabo en 2014 una encuesta sobre cuidados, la número 3.009 de su catálogo. Su universo está limitado a las personas de 25 y más años de ambos sexos residentes en España. Se recogió información de 2.473 personas, y de circunstancias y convivientes del hogar de esas personas. Un bloque estuvo destinado a personas que realizan tareas domésticas de forma remunerada. Se preguntó por las personas en situación de dependencia; son aquellas que necesitan ayuda de otras personas para realizar tareas domésticas o actividades básicas de la vida diaria (como asearse, ducharse, vestirse) por edad avanzada, una discapacidad o enfermedad crónica. La definición difiere de la utilizada en EDAD, pero permite comparaciones en algunos aspectos. Un bloque estuvo destinado a los cuidadores primarios o principales, secundarios y terciarios, que es el que se utiliza en este capítulo.

1. Marco demográfico, vejez y dependencia

Algunas variables demográficas y sociales están estrechamente relacionadas tanto con la necesidad de cuidados como con la cantidad de dependientes y de cuidadores disponibles. La edad, por ejemplo, aumenta la probabilidad de discapacidad y, por tanto, la necesidad de atención y cuidado.

España empezó el siglo XX con apenas 34 años de esperanza de vida al nacer, y lo acabó con 82, entre los países más aventajados del mundo. Pero una de las grandes paradojas del progreso enorme experimentado durante apenas el último siglo en materia de mortalidad es que va acompañado de un crecimiento muy notable de las personas que alcanzan edades avanzadas y, en consecuencia, tienen mayor riesgo de sufrir problemas funcionales. Además, también en la vejez ha habido una extensión notable de la vida posible; aunque lo haga con cierta divergencia entre hombres y mujeres (que ahora tiende a estabilizarse y en el futuro probablemente se reducirá), la esperanza de vida a los 65 años sigue creciendo sostenidamente en las últimas décadas (gráfico 1).

Gráfico 1 – Evolución de la esperanza de vida a los 65 años según sexo. 1900-2015



Fuente: elaboración propia a partir de INE, *Anuario estadístico de España*, varios años; e INE, *Tablas de mortalidad de la población de España*, varios años.

Puesto que ese descenso de la mortalidad se ha producido mejorando la atención, los cuidados y los recursos dedicados a las personas desde su nacimiento, podría estar siendo acompañado por un retraso de la aparición de los problemas funcionales hasta edades cada vez más avanzadas. Se estaría ganando vida porque se vive en mejores condiciones, y esas mejoras, unidas a unos adecuados hábitos de vida y envejecimiento saludable, pueden limitar el número de personas en discapacidad y en necesidad de ser atendidas.

Estos efectos contrapuestos del cambio demográfico suscitan hipótesis encontradas entre los epidemiólogos y los expertos en salud pública acerca de cómo están modificando la salud general de las poblaciones. Inicialmente se pensó que el aumento de la vida media provocaría una expansión de la morbilidad general, una “pandemia” de problemas seniles asociados a la nueva pirámide de edad. Si la gente vivía más tiempo y si sus problemas empezaban como siempre, acabarían acumulando más tiempo de vida con problemas.

Pronto, sin embargo, surgió la hipótesis opuesta, a saber, que la mejora de la salud también en las sucesivas etapas de la vida estaba comprimiendo la morbilidad a sus etapas finales. Una traducción de este dilema, sencilla, es: ¿vivir más significa que se han mejorado las condiciones de vida de las personas y se retrasa la aparición de enfermedades crónicas y

las limitaciones funcionales, o bien que se vive más tiempo con esas limitaciones que afectan a la vida cotidiana?⁴.

Durante años diversos estudios parecían confirmar la compresión de la morbilidad y la discapacidad hacia las edades finales. Pero la esperanza de vida ha seguido aumentando, y no está claro si actualmente esa compresión se mantiene o estamos en una nueva fase. No sólo se ha superado con notable éxito la mortalidad infantil tradicional del ser humano, también se ha mejorado extraordinariamente en el tratamiento de patologías infecciosas, incluso las cardiopatías reducen su letalidad, y estamos entrando en una fase en que se puede vivir muchos años con enfermedades o problemas funcionales que en épocas pasadas hubiesen hecho imposible la supervivencia. Esta cronicidad es el resultado de un éxito notable frente a la enfermedad, pero dibuja un estado de salud general aparentemente peor que el existente en tiempos en que la enfermedad simplemente acababa con la vida.

¿Qué sucederá en el futuro: compresión o expansión? No es seguro. Mejor educación, avances en tratamientos médicos, nuevas terapias, mejoras socioeconómicas, extensión de las tecnologías de asistencia en el hogar pueden realmente comprimir los problemas a estadios finales de la vida y reducir la discapacidad. Incluso es posible que el avance de las terapias génicas o la detección anticipada de la propensión individual a futuros problemas determinados en nuestro ADN permitan eliminar o prevenir muchas de las actuales causas de cronicidad. De momento el aumento de las personas muy mayores podría resultar en un aumento de los problemas funcionales y en un mayor período de vida con dependencia.

1.1. *El proceso de envejecimiento en España*

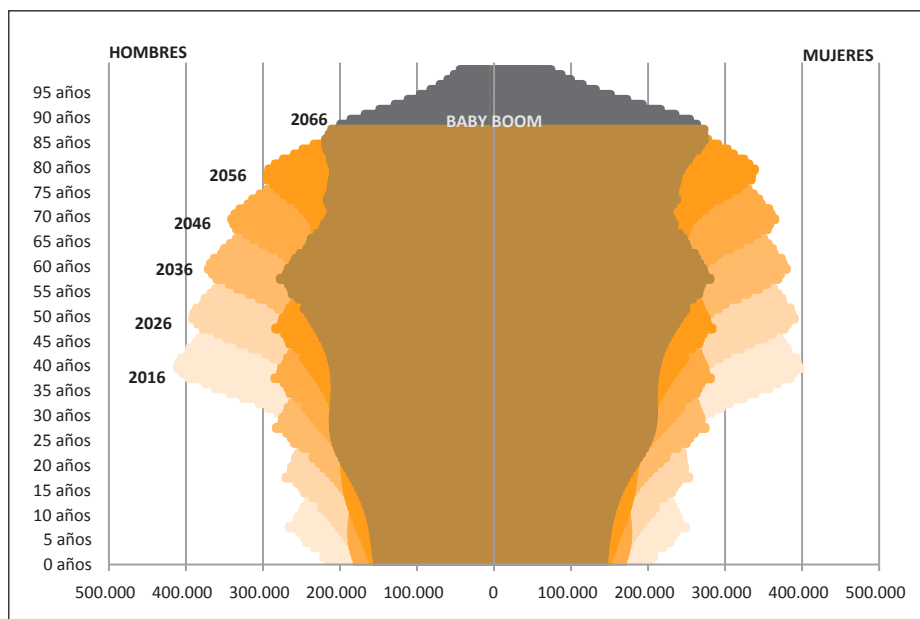
El cambio de la pirámide poblacional, con un peso creciente de las edades avanzadas, continúa en España y se acelerará a partir de la tercera década del siglo. En 2000, España tenía un 17% de población mayor; en 2016, un 19% y, según las proyecciones de población del INE, se espera que alcance el 25% en 2030, cuando lleguen a la vejez las primeras cohortes del *baby boom*. Entre 1958 y 1977 nacieron casi 14 millones de niños, más de 650.000 cada año, 4,5 millones más que en los 20 años siguientes y 2,5 millones más que en los 20 años anteriores; esas cohortes se encuentran

⁴ Jagger, C., Matthews, R., Spiers, N., Brayne, C., Comas-Herrera, A., Robinson, T., Lindesay, J. y Croft, P. (2006): *Compression or expansion of disability?: forecasting future disability levels under changing patterns of diseases*. London: King's Fund. Disponible en www.kingsfund.org.uk/publications.

ahora en la parte central de la pirámide de población, próximas al umbral de los 65 años.

Es, por tanto, previsible un notable crecimiento en el número de personas mayores y en especial de las muy mayores (80 y más años), y también de su proporción respecto al conjunto de la población (gráfico 2 y gráfico 3). Este crecimiento irá acompañado de otro, aproximadamente paralelo, del número de personas con discapacidad y necesidad de ayuda personal. Si se hace una proyección mecánica al año 2030, aplicando el actual peso de esas personas sobre el conjunto de los mayores de 64 años, su número va a aumentar desde los 1,4 millones de dependientes actuales hasta 2,2 millones en este intervalo temporal (lógicamente, existen otros cambios que podrían alterar esa proyección, como una mejor salud de las nuevas generaciones al llegar a estas edades, o el desarrollo de avances en prevención y tratamiento de los problemas que producen las discapacidades).

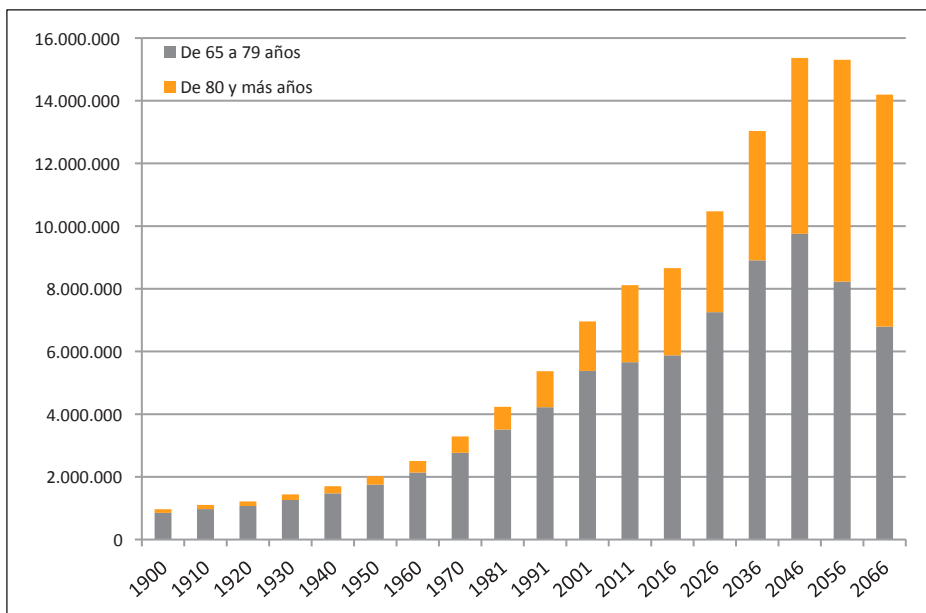
Gráfico 2 – Evolución prevista de la población por sexo y edad. 2016-2066



Nota: en sombreado, posición del *baby boom* en 2066.

Fuente: elaboración propia a partir de INE, *Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2016*; e INE, *Proyecciones de población*.

Gráfico 3 – Evolución de la población de 65 y más años por grupos de edad. 1900-2066



Nota: los datos desde 2026 a 2066 son proyecciones.

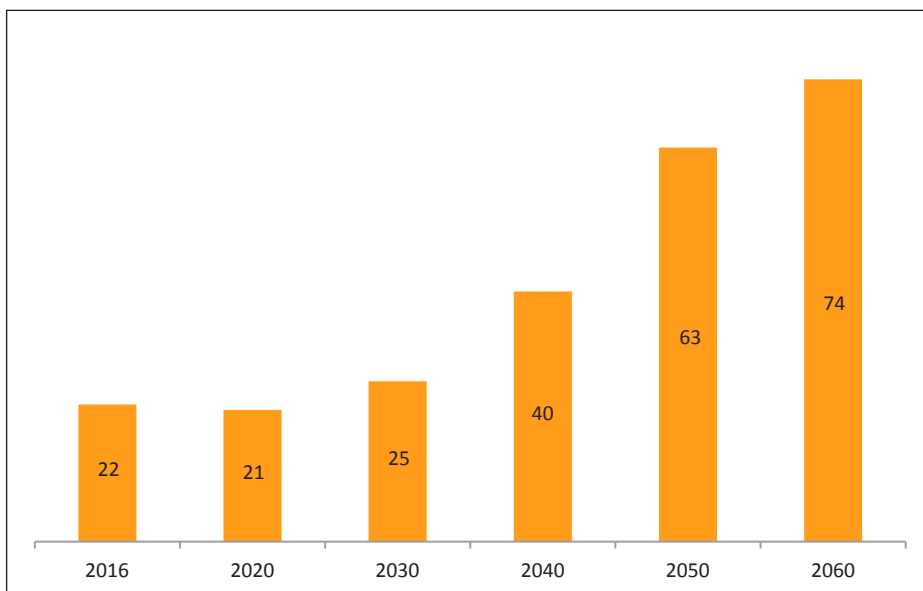
Fuente: elaboración propia a partir de INE, *Censo de población y vivienda*, varios años; INE (2017): *Estadística del Padrón continuo a 1 de enero de 2016*; e INE (2016): *Proyecciones de población 2016-2066*.

Estos años ganados se distribuyen de forma desigual entre años saludables vividos con autonomía y un período creciente en el que enfermedades crónicas y discapacidades limitan la autonomía e independencia del mayor, rebajando su calidad de vida y convirtiéndolo en un sujeto frágil y vulnerable, cuando no dependiente, y con un riesgo añadido de exclusión social.

El “pool” de cuidadores futuros suele estimarse a través de una sencilla ratio de apoyo familiar. Es un indicador de potencial de cuidado; trata de mostrar de forma gráfica la posible relación numérica entre personas de 80 y más años, en las que la proporción de dependientes es muy alta, y los cuidadores potenciales de 45-64 años, edades en las que se concentra la mayor parte de los cuidadores. Obviamente, ni todos los octogenarios son dependientes, ni todos los adultos de esas edades son cuidadores o están en disposición de serlo (gráfico 4). El indicador sufrirá una llamativa transformación: de 22 octogenarios por cada 100 personas de 45-64 años, se pasará a 25 en 2020 y a 63 a mediados de siglo, tres veces más que ahora⁵.

⁵ Pujol Rodríguez, R., Abellán García, A. y Ramiro Fariñas, D. (2014): *La medición del envejecimiento*. Informes Envejecimiento en Red, n. 9. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-medicion-envejecimiento-2.pdf>

Gráfico 4 – Evolución de la ratio de apoyo familiar. 2016-2060



Nota: se define la ratio de apoyo familiar como el número de personas de 80 y más años por cada 100 de 45-64 años.

Fuente: elaboración propia a partir de INE, *Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2016* e INE (2016): *Proyecciones de población 2016-2066*.

1.2. Cambios en la estructura familiar y en los tipos de hogar

La familia es y ha sido el centro de asistencia a los dependientes. Pero las actuales tendencias en las formas y tamaños familiares (menor fecundidad, proporción creciente de parejas sin hijos, cambios en las formas de familia y de convivencia, mayor probabilidad de separaciones o divorcios) llevan a una reducción del tamaño medio familiar y a una disminución de su potencial cuidador⁶. Cambios en los tipos de hogares afectan también al patrón y la forma en que se dispensan los cuidados; tendencias actuales y futuras descubren posibles cambios en la estructura del cuidado familiar, como se verá más adelante.

En definitiva, las tendencias demográficas y sociales parecen conducir a largo plazo (después de la tercera década del siglo XXI) a un posible aumento de la brecha entre demanda de cuidado y su respuesta potencial. En la década anterior, la de los años veinte de este siglo, con unas cohortes del *baby boom* cruzando el umbral de la vejez, aún jóvenes, y otras todavía

⁶ En 1970, había 3,19 personas por vivienda familiar, según el Censo de Población; en 2016, 2,50 personas por hogar, según la Encuesta Continua de Hogares.

en edades adultas maduras, esta brecha entre demanda y provisión de cuidado no sería muy acentuada. Todo lo anterior debe matizarse, porque los factores señalados, la relación entre unas edades y otras, no son los únicos que intervienen ni lo hacen de forma inalterable. Es posible que nuevas tendencias en la duración de la convivencia y en los tipos de hogares desempeñen un papel fundamental en cómo evolucionarán los cuidados en el largo plazo.

2. Perfiles de la dependencia

Hay en España 1,4 millones de personas dependientes de 65 y más años que reciben ayuda personal para sus problemas de discapacidad. Los dependientes representan el 19% de todas las personas mayores y el 63% de todas las que declararon algún problema de discapacidad, que fueron 2,2 millones (gráfico 5). En alojamientos colectivos (residencias, hospitales geriátricos, etc.) residen 241.497 personas de 65 y más años, de las que 221.713 tienen discapacidad; a todos ellos se les considera dependientes, pues son atendidos en la realización de algunas actividades de la vida diaria, pero quedan fuera del estudio. Su atención se califica como cuidado formal y la información relativa no se recoge del mismo modo que en los hogares familiares, aunque los cuidadores informales, familiares, prosiguen su tarea de atención incluso cuando el dependiente ha sido institucionalizado.

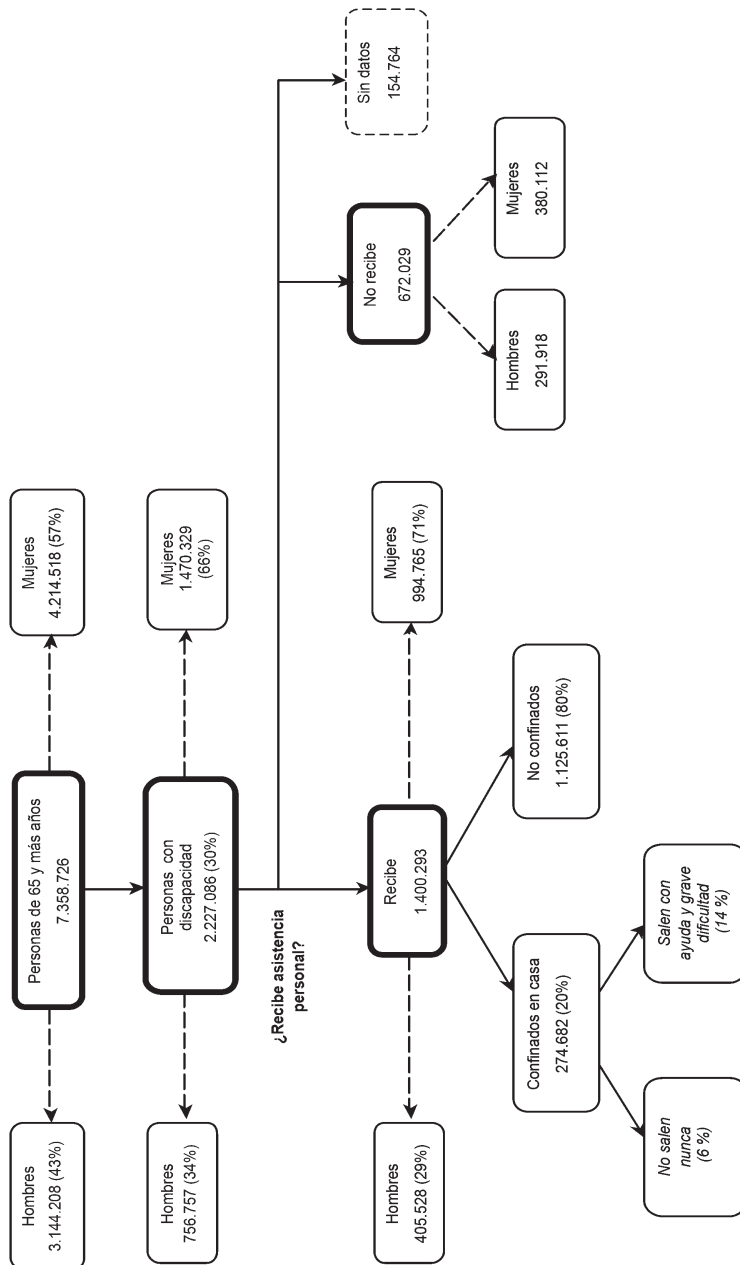
Pero además su prevalencia crece con la edad en ambos sexos. De esta manera, a partir de los 80 años, uno de cada dos mayores tiene problemas de discapacidad; y poco después, entre los de 85 y más años, uno de cada dos mayores es dependiente, es decir, necesita ayuda de otra persona para realizar actividades de la vida cotidiana (gráfico 6).

2.1. Prevalencias

La dependencia se concentra mayoritariamente en las personas mayores; de cada diez dependientes detectados, siete tienen 65 o más años, mientras que los dependientes de menos de 40 años son realmente infrecuentes.

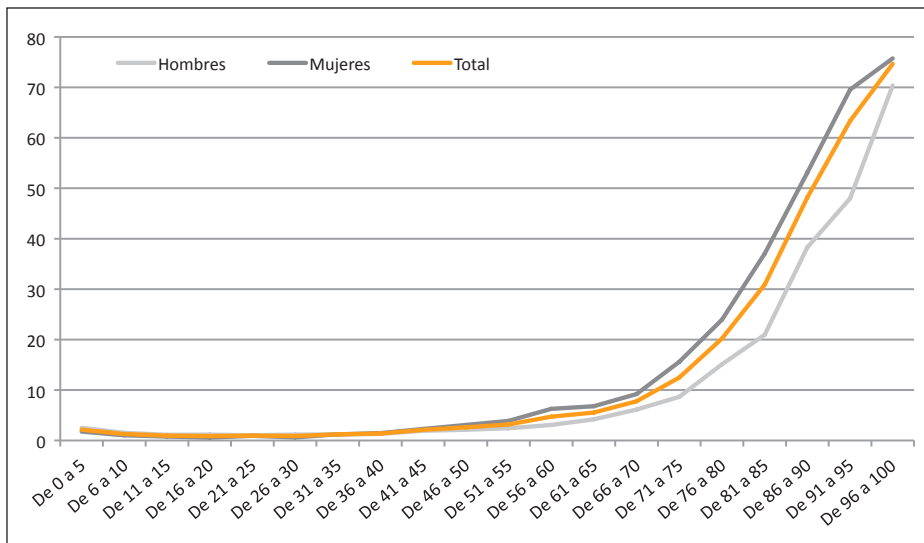
De cada 100 hombres de 65 y más años, 13 son dependientes, y nueve adicionales tienen alguna limitación funcional pero no reciben ayuda para sus problemas. En el caso de las mujeres, una de cada cuatro es dependiente y la misma proporción que los hombres no recibe atención para sus discapacidades; en ambos casos, hay un 2 % adicional de personas con discapacidad, pero sin datos sobre su dependencia (gráfico 7). El resto son personas mayores sin problemas funcionales.

Gráfico 5. Personas de 65 y más años con discapacidad, según reciban ayuda. 2008



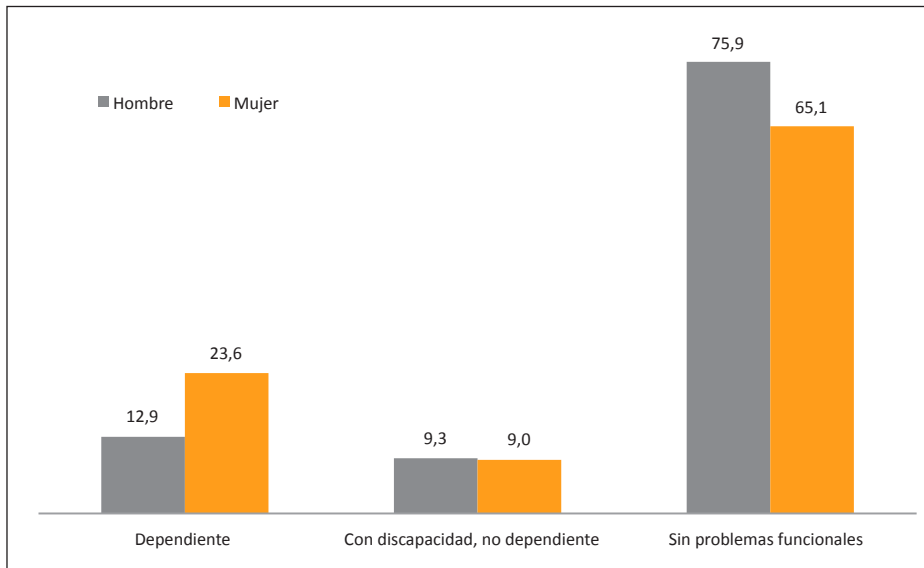
Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD).

Gráfico 6 – Prevalencia de la dependencia por sexo y edad. 2008



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD).

Gráfico 7 – Distribución de las personas de 65 y más años según su relación con la discapacidad y la dependencia por sexo. En porcentaje. 2008

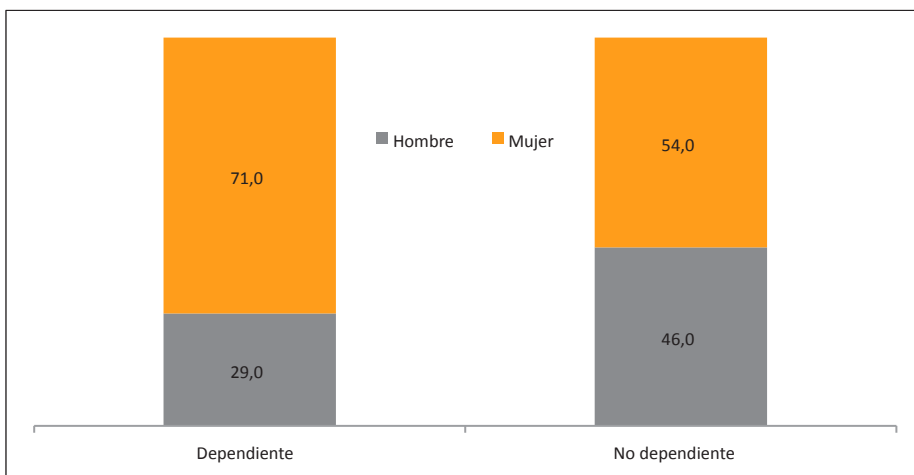


Nota: un porcentaje adicional, tanto en hombres (1,9%) como en mujeres (2,3%), recoge personas con discapacidad pero sin datos sobre su dependencia.

Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD).

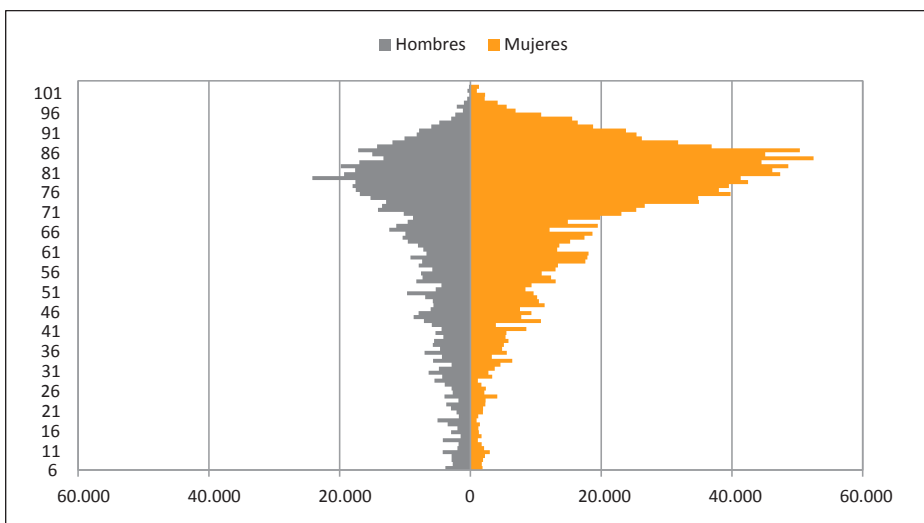
Las mujeres tienen mayor presencia entre los dependientes mayores: siete de cada diez dependientes son mujeres (gráfico 8 y gráfico 9). Es posible que esta característica haya contribuido a que la dependencia haya sido tan poco visible socialmente, y haya quedado limitada a la frontera del hogar y de la familia.

Gráfico 8 – Población de 65 y más años por dependencia y sexo. En porcentaje. 2008



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD).

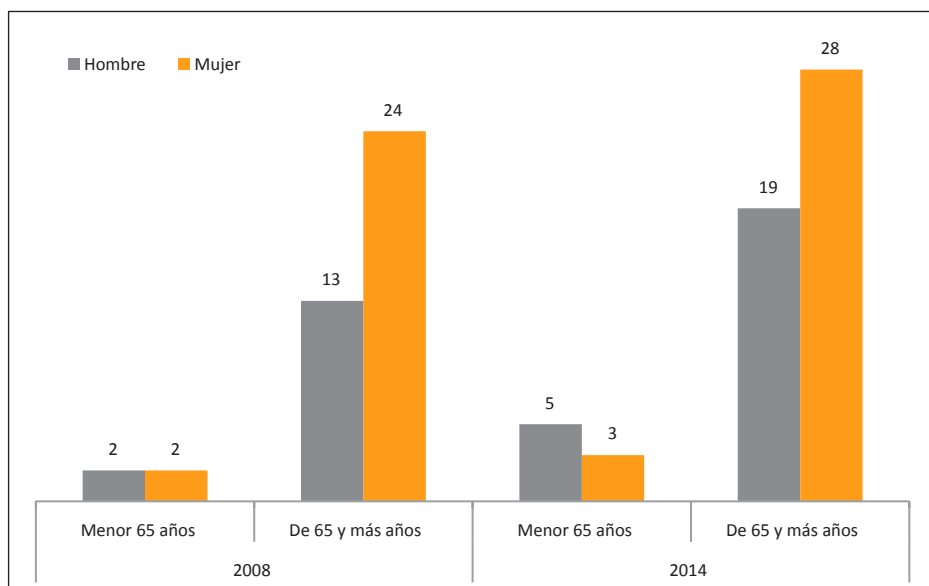
Gráfico 9 – Población en situación de dependencia por sexo y edad. 2008



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD).

A la espera de nuevos datos de calidad comparable que permitan observar si se producen cambios en este perfil, una aproximación mediante la encuesta del CIS de 2014 confirma que las proporciones de dependientes se mantienen o aumentan ligeramente, y en cifras absolutas aumentarían, pues hay más personas de edad y de mucha edad (gráfico 10). Si se desglosa el grupo de 65 y más años se comprueba que en la encuesta EDAD, un 44% de las mujeres de 80 y más años en 2008 eran dependientes, proporción que en 2014 crecería hasta el 47%; en hombres las proporciones son 27% y 30%; en edades más jóvenes, de 65 a 79 años, las proporciones son también parecidas. De confirmarse, asistiríamos a un retraso de la aparición de problemas, junto a la llegada a la vejez de nuevas cohortes con mejores condiciones de vida. En cualquier caso, estos datos hay que tomarlos con precaución, pues las encuestas son diferentes, y se manejan cifras globales que pueden estar ocultando otros factores.

Gráfico 10 – Evolución de la población dependiente por grupo de edad y sexo. En porcentaje respecto a la población total de cada grupo de edad y sexo. 2008-2014



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD); y CIS (2014): Estudio 3.009. Cuidados a dependientes.

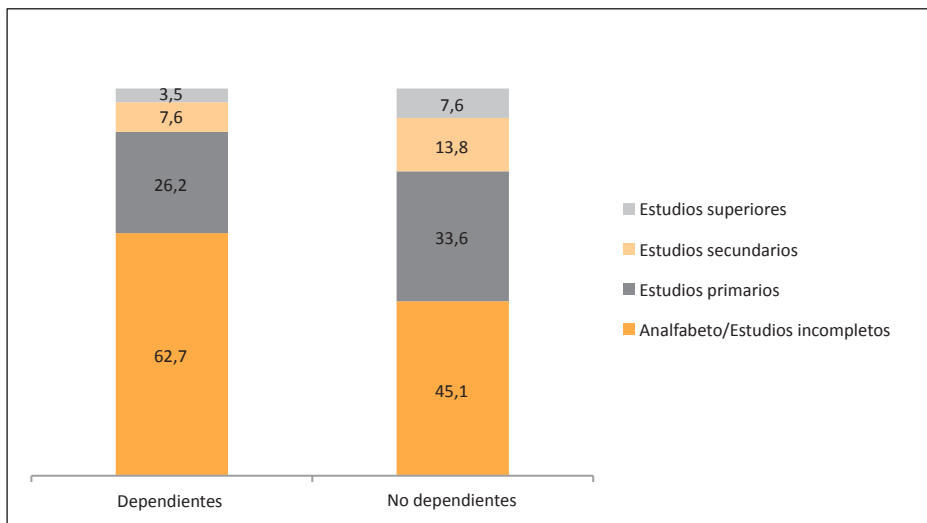
2.2. Nivel de educación

El nivel educativo es una de las variables sociológicas con más relevancia en la calidad de vida y en la salud de las personas. Se adquiere, sobre todo, en la infancia y la juventud, y por eso es un síntoma de la atención e inversión hecha en cada nueva persona, desde su nacimiento, y de los medios y recursos con los que cuenta su hogar de origen y su entorno familiar y social. Pero condiciona el resto de la vida, de manera que también es un buen predictor del nivel laboral y socioeconómico que más tarde se alcanzarán como adulto. Por todo ello, no es de extrañar que también resulte determinante del momento y grado en el que aparecen las discapacidades y del tipo y duración de las dependencias resultantes.

El nivel educativo de las personas mayores con dependencia es sensiblemente inferior al de las que no la padecen (gráfico 11). En ello influye la diferente composición por sexo y edad. Todas las generaciones nacidas antes de los años 60 del siglo XX tuvieron siempre una notable desventaja femenina en el nivel de instrucción y, además, el atraso español en materia educativa marca enormes diferencias entre generaciones independientemente del sexo. Lo que se observa en el gráfico resulta del mayor peso de las mujeres entre las personas mayores y también entre las que padecen dependencia, pero también del mayor peso de las edades más avanzadas entre los dependientes. Este panorama experimentará en las próximas décadas una muy profunda transformación, cuando cumplan 65 años las generaciones que no sólo alcanzaron la plena escolarización o la generalización de los estudios superiores a primarios, sino que han revolucionado la relación de género en esta materia, con una población femenina que aventaja en nivel de instrucción a los hombres.

El nivel económico tampoco acompaña a estos mayores dependientes. Sus ingresos son bajos, lo mismo que su estatus social. Los segmentos sociales más expuestos a padecer dependencia son los que menos pueden conseguir ayuda a través del mercado y los que menos hacen oír sus demandas. De no introducirse cambios en nuestro sistema de protección, están abocados a solicitar asistencia de la propia familia, apenas aliviada por las nuevas ayudas de la Ley de Dependencia, que fueron recortadas desde 2012.

Gráfico 11 – Población de 65 y más años por dependencia y nivel de educación. En porcentaje. 2008



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

2.3. Con quién viven y dónde residen los dependientes

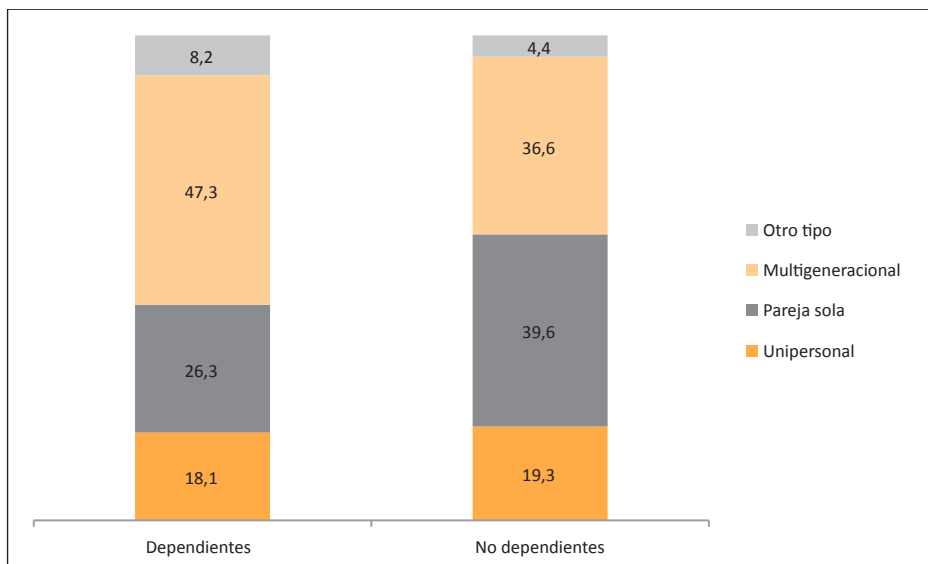
Las personas mayores con dependencia viven sobre todo en hogares multigeneracionales, donde existe una o más relaciones de filiación intergeneracional (gráfico 12). Lo más frecuente es que se trate de una mujer con dependencia que vive en su propia casa o en la de su hija, la cual desempeña el papel de cuidadora, con posibilidad de que convivan con otra generación más, la de los nietos.

Esta preponderancia no debe atribuirse sólo a las necesidades de cuidado, porque también entre la vejez no dependiente los hogares multigeneracionales son todavía anormalmente frecuentes en España (más de un tercio), sólo superados por los hogares de pareja sin otros convivientes.

El contraste es notable con el resto de Europa, donde los hogares más frecuentes en la vejez son las parejas sin otros convivientes, seguidos de los unipersonales, y con menos del 20% en el resto de tipos. Si la comparación se hace con los países nórdicos el contraste no puede ser mayor: en Suecia sólo el 3% de los mayores vive en hogares que no son de pareja o unipersonales.

Esto nos habla del retraso con que en España las personas mayores han conseguido ser independientes y autosuficientes respecto a sus hijos cuando llegan los problemas, y cuánto ha tardado la mejora de la mortalidad en permitir a las parejas llegar juntas a la vejez. Pero también evidencia que nuestro país ha amortiguado los efectos de la crisis económica y de empleo en los adultos jóvenes en buena medida por el acogimiento domiciliario por parte de sus progenitores ya jubilados.

Gráfico 12 – Población de 65 y más años por dependencia y tipo de hogar en el que residen. En porcentaje. 2008



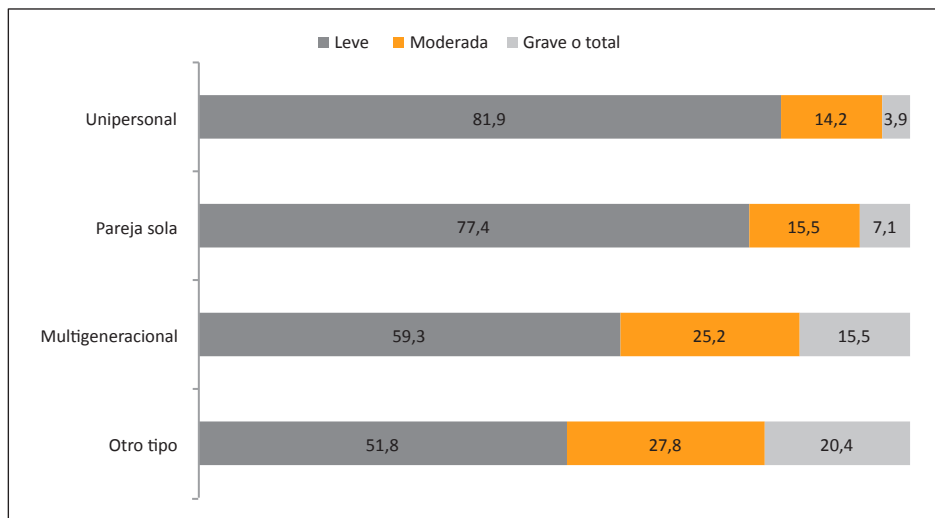
Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

La comparación, salvando las distancias, con la encuesta del CIS de 2014 apunta a un cambio en el tipo de hogar donde residen los dependientes: aparecen más redistribuidos en el resto de tipos de hogares, desciende el peso de los hogares multigeneracionales y aumentan los dependientes en hogares solitarios y de pareja, marcando una importante tendencia de cambio, más acorde con lo que ya hace tiempo ocurre en el conjunto de Europa.

La forma de convivencia es un reflejo en buena medida de la incidencia de la mortalidad diferencial en la población. Un descenso acentuado de la mortalidad de los hombres en edades avanzadas y en las edades previas a la vejez traslada un panorama de viudez cambiante. En los últimos cuarenta años, ha descendido el número de viudas de 65 y más años y aumenta el de casadas y casados. Esto simplifica los hogares y tiene repercusión en la prestación de cuidados; cuando la mortalidad ha sido alta, la agrupación familiar (viudas, hermanas, tías, etc.) ha sido una forma de protección ante la adversidad. Un descenso generalizado de la mortalidad ya no hace necesarios estos tipos de hogar complejos, con varias generaciones y sus colaterales viviendo a la vez.

Esta evolución de los tipos de hogar también ha de tener consecuencias sobre la localización de los dependientes y sobre la manera en que se les atiende. La discapacidad leve o moderada es soportada en los hogares de pareja sin recurrir a apoyos externos, gracias a la ayuda mutua cotidiana (gráfico 13). Una tendencia que merece una especial consideración.

Gráfico 13 – Población de 65 y más años dependiente por severidad de la discapacidad y tipo de hogar en el que reside. En porcentaje. 2008

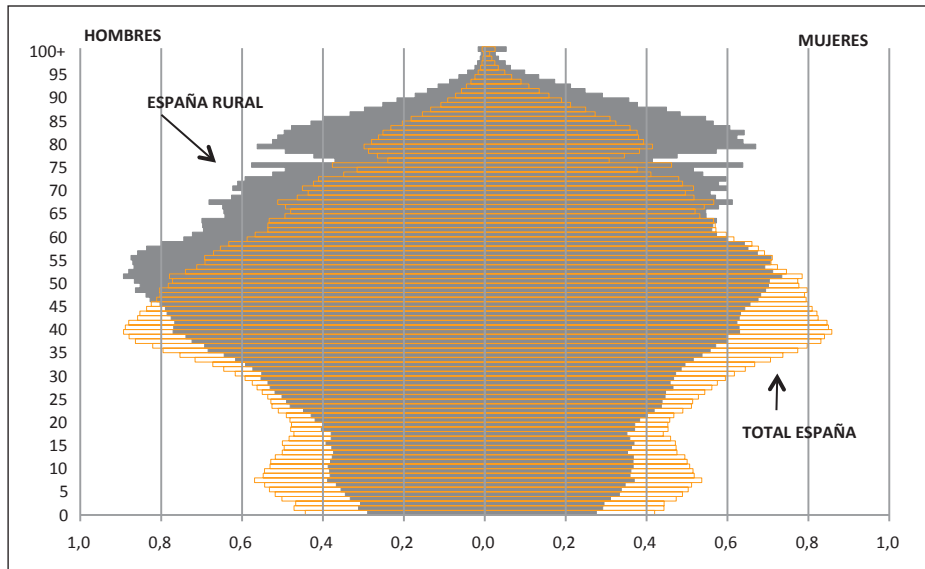


Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

Para completar la panorámica general conviene recordar que la discapacidad y la dependencia no tienen una presencia homogénea en el territorio, igual que no la tiene la población en general. El mayor número de personas mayores, y también el de aquellas que necesitan cuidados, se da en las zonas urbanas, donde se concentra la mayor parte de la población española. Pero esto no debe ocultar que las zonas rurales tienen una pirámide más envejecida, debido a la emigración de los jóvenes, y por el mismo motivo en esas zonas se da también una mayor proporción de personas dependientes (gráfico 14). Esta combinación de factores configura una situación particular que, aunque escasa estadísticamente, requiere una atención especial de las Administraciones: la de personas mayores alejadas de sus familiares (especialmente sus hijos, muchas veces residentes en ciudades), que viven en zonas donde los desplazamientos y el transporte cuentan con menos medios e infraestructuras, en municipios con menos recursos y servicios, además de peor adaptación del entorno y de las viviendas.

A la diferencia rural-urbano deben añadirse las que existen en términos regionales. El mapa que presenta el peso de la dependencia en la vejez de cada provincia (gráfico 15) refleja una España en la que pervive una divisoria norte-sur, también visible en multitud de otros indicadores sociales o económicos. Esta diferencia probablemente sea muy antigua, como lo es la que existe en muy diversos indicadores de salud, incluyendo la mera esperanza de vida. De ser así (no disponemos de series históricas sobre dependencia de antigüedad similar a las que existen, por ejemplo, acerca de la mortalidad), estaríamos ante una evidencia más de que, pese al progreso general del país, las diferencias territoriales no se han reducido.

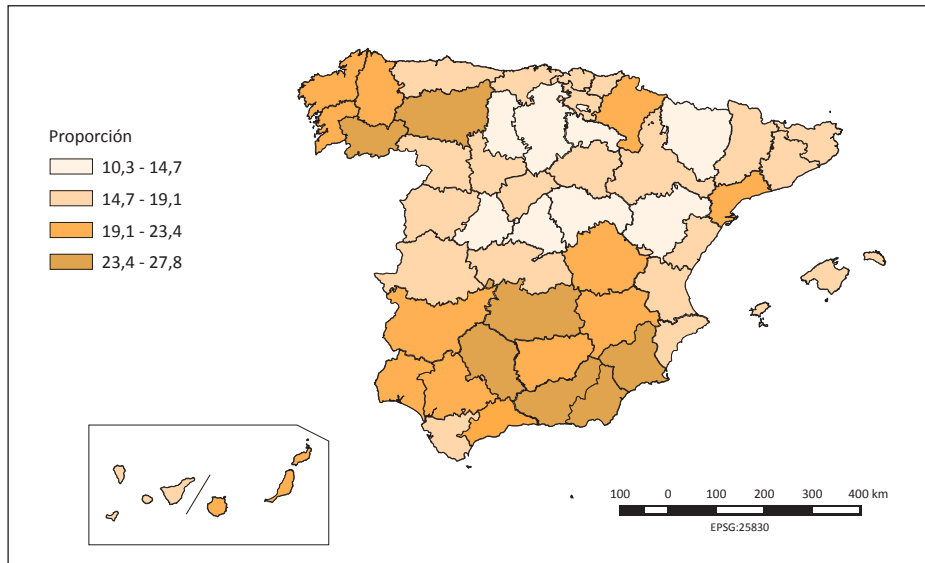
Gráfico 14 – Población residente total y en zona rural por edad y sexo. En porcentaje. 2016



Nota: España rural: población que vive en los 5.864 municipios de 2.000 o menos habitantes. Total España: 8.125 municipios, 46.557.008 habitantes.

Fuente: elaboración propia a partir de INE, *Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2016*.

Gráfico 15 – Personas de 65 y más años con dependencia por provincias. En porcentaje respecto al total de personas de 65 y más años. 2008

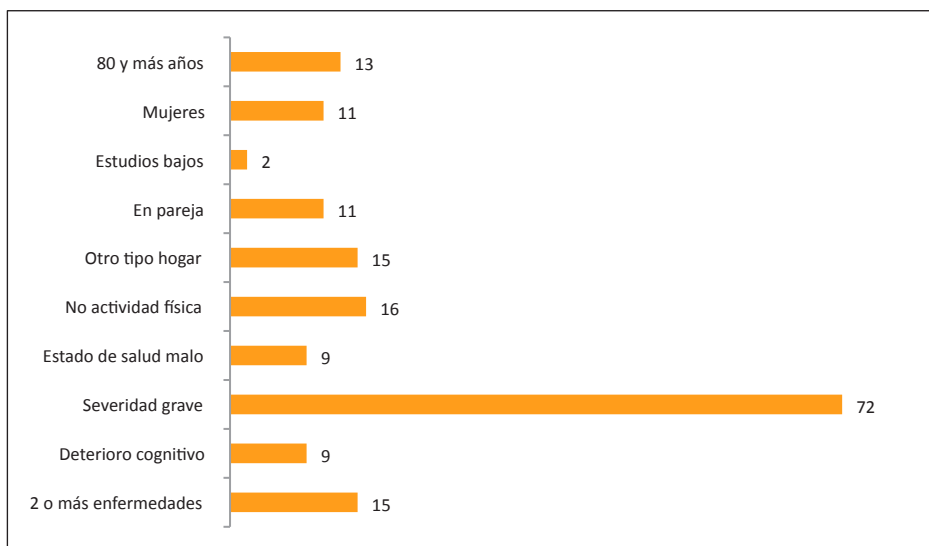


Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

2.4. Factores asociados con la dependencia

Para sintetizar y ponderar la respectiva relevancia de las características demográficas, socioeconómicas y de salud, se ha añadido al análisis la aplicación de una herramienta estadística específica, una regresión logística, que tiene esa utilidad⁷. En este caso se trata de ver qué otras variables hacen más o menos probable la dependencia.

Gráfico 16 – Probabilidad de dependencia respecto a una categoría de referencia (*) para diversos factores asociados a ser o no dependiente. En porcentaje. 2008



Nota: las categorías de referencia para los factores, entre paréntesis: 80 y más años (65-79 años), Mujeres (hombres), Estudios bajos (estudios altos), En pareja-Otro tipo de hogar (hogares unipersonales), No actividad física (sí actividad física), Estado de salud malo (estado de salud bueno), Severidad grave (severidad leve), Deterioro cognitivo (sin deterioro cognitivo), 2 o más enfermedades (sin enfermedad). Por ejemplo, las personas de 80 y más años tienen un 13% más de probabilidad de ser dependientes que las de 65-79 años.

Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

Como ya se vio antes, las personas de más edad tienen una mayor probabilidad de ser dependientes; por ejemplo, los de 80 y más años tienen un 13% más que los mayores jóvenes (65-79 años) (gráfico 16). De la misma forma, las mujeres tienen más probabilidad que los hombres (11% más). El tipo de hogar también modifica dicha probabilidad: en los hogares

⁷ Se ha utilizado una regresión de Poisson con varianza robusta, que permite predecir el resultado de una variable categórica en función de una serie de variables independientes o predictoras. Con ello se consigue estimar la probabilidad de un evento en función de los otros factores, en definitiva, conocer los factores asociados a ser o no dependiente.

multigeneracionales o de otro tipo la probabilidad de ser dependiente es mayor, probabilidad que baja en los hogares de pareja y en los solitarios, pues obviamente en éstos las personas con problemas de dependencia graves no podrían vivir. Pero lo que más aumenta la probabilidad de ser dependiente, de nuevo en buena lógica, es la severidad de la discapacidad padecida: los que declaran mayor gravedad (severa o total) tienen una probabilidad un 72% más alta que los que la estiman leve; es el factor más determinante y el que discrimina mejor al conjunto de personas con discapacidad con relación a recibir o no ayuda personal.

2.5. *Calendario y tipos de discapacidad*

Los problemas para la realización de las actividades cotidianas presentan una jerarquía y calendario de aparición. Generalmente las dificultades en actividades más elementales, las más básicas para la vida (como comer, beber, levantarse, acostarse), para las que no se requieren especiales habilidades o aprendizajes, suelen aparecer al final de la vida, tras un proceso de deterioro, y suelen ser las más graves (en una jerarquía de severidad). Estas dificultades precisan más ayuda o atención, hasta el extremo de que su carencia pone en riesgo la propia vida del dependiente; esta ayuda es necesaria para mantener la autonomía personal, por eso comprende tareas muy gravosas, incluso extenuantes, para el cuidador⁸.

Las dificultades en actividades de naturaleza compleja, las que requieren más habilidades o conocimientos, o precisan más acciones combinadas (comprar, preparar comidas), suelen ser las primeras en que se entra en discapacidad (y afectan a más personas), pero no suelen ser muy gravosas, no implican un riesgo importante para la persona, pues fácilmente otros pueden realizarlas para mantener la independencia del hogar.

Esta gradación de dificultad lleva aparejada además una cierta sucesión temporal, un “calendario de entrada”. Teniendo en cuenta ambos, jerarquía y calendario de la discapacidad, puede plantearse la existencia de tres tipos de perfiles de dependientes.

- El primero es el “doméstico”. La persona no tendría independencia en el hogar si no fuera ayudado en tareas domésticas, pero aún mantiene autonomía de autocuidado. Se trata de un dependiente relativamente joven, que sufre las primeras dificultades en el calendario de su vida, y forma el grupo más abundante. Es más frecuente en hogares unipersonales,

⁸ Abellán García, A., Pérez Díaz, J., Esparza Catalán, C., Castejón Villarejo, P. y Ahmed-Mohamed, K. (2008): *Discapacidad y dependencia en Andalucía, con base en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*. Sevilla: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

muestra el mejor estado de salud de todos los dependientes y recibe pocas horas de cuidado por término medio. Sus dificultades funcionales suelen estar asociadas a deficiencias osteomusculares, problema conocido por su poder discapacitante aunque poco letal.

- Un segundo tipo es el extremo contrario. Incluye personas con problemas para comer o levantarse de la cama; constituye un grado máximo de necesidad de ayuda, pues sin ella es la propia supervivencia la que resulta imposible. Este tipo de dependiente es de más edad y suele vivir en hogares multigeneracionales –donde es generalmente la hija quien presta los cuidados– o en hogares de otro tipo; declara un estado de salud malo o muy malo mayoritariamente y tiene una edad media de 83 años. Casi la mitad de estos dependientes están encamados y en ellos predominan ya deficiencias de tipo nervioso o mental.

- Existe un tercer tipo, intermedio entre los dos anteriores. Incluye personas con problemas en actividades básicas (aseo, desplazamiento por la casa), que también afectan a la autonomía personal; tiene problemas para el mantenimiento de la independencia del hogar y ya empieza a tener dificultades en tareas de autocuidado; su edad media, 82 años, se sitúa entre la de los otros dos tipos, así como la valoración de su estado de salud. Aparecen deficiencias osteomusculares y ya una cierta proporción de deficiencias en funciones mentales, lo que parece apuntar a la importancia de los procesos evolutivos y de deterioro cognitivo en este calendario de dependencia.

En general, la dependencia suele ir asociada a formas de hogar multigeneracional, el hogar más frecuente hasta ahora, en consonancia con el patrón más común de cuidados en el que las hijas cuidadoras son predominantes. En el perfil de supervivencia hay más presencia de empleados de hogar y formas similares de cuidado formal. Ambas cosas, lógicamente, deben ubicarse en el particular momento histórico de los datos utilizados y pueden experimentar cambios notables en el futuro, a medida que las formas de ayuda o las estructuras sociales y familiares evolucionen. Como se verá en el último apartado, algunos de tales cambios son fácilmente anticipables, especialmente los que guardan relación con los que produce el alargamiento de la vida y las formas de convivencia que eso permite.

2.6. *Prisioneros en su hogar*

Un grado adicional en la escala de dependencia describe las situaciones extremas que conducen a los dependientes a no salir de casa. Aproximadamente uno de cada cinco dependientes de 65 y más años (20%) declara que no puede hacerlo; podríamos definirlos como prisioneros en su hogar. Un 6% de estos confinados no puede salir ni siquiera aunque se les ayude;

son situaciones extremas. El resto, un 14%, no pueden salir por sí mismos, y cuando les ayudan lo hacen con graves dificultades.

Esta gradación en el confinamiento (extremo o semiconfinamiento) puede conocerse porque la encuesta EDAD preguntó por la situación de la discapacidad y a continuación por el desempeño de la misma actividad en caso de recibir ayuda. El problema de confinamiento es más habitual entre mujeres y aparece más frecuentemente en hogares multigeneracionales, donde generalmente se presentan los casos más graves de dependencia, como ya hemos visto.

En este confinamiento afectan dos componentes principales:

- Las circunstancias personales. La movilidad no depende sólo del estado del aparato locomotor, sino también de otras habilidades que normalmente están mermadas, como la agudeza visual, problemas acústicos, coordinación física, reflejos o agilidad (muchas veces condicionada por un elevado índice de masa corporal). El miedo en general, y en particular el miedo a caerse, es también un motivo de enclaustramiento. Problemas de índole psicológica (falta de motivación, depresión) son otras posibles razones para la inmovilidad.

- Las características del entorno. Las características de accesibilidad que rodean a la persona –domésticas, arquitectónicas, urbanas– también influyen en la (no) movilidad de muchos dependientes. Escaleras, obstáculos en el portal, barreras en la vía pública, difícil acceso a los transportes públicos, sensación de falta de seguridad, son factores que limitan la movilidad de algunos dependientes.

Una de las consecuencias sumamente importantes para estos cautivos de su hogar es que reducen drásticamente sus relaciones sociales y su marginación se acentúa porque también van menguando paulatinamente las visitas de sus amigos. También disminuye de forma notable su participación en actividades de diversión y ocio. Todo ello se ve acrecentado cuando la inmovilidad se traduce en más tiempo encamado, al agravarse alguna dolencia; entre los confinados extremos casi la mitad de ellos declaran estar encamados.

La inmovilidad puede alimentar la depresión (tasas que duplican las de la población no confinada), cerrando un círculo vicioso: las personas con problemas de discapacidad que están deprimidas acaban por recluirse en su hogar y este confinamiento aumenta la depresión; también alimenta el miedo, el sentimiento de soledad. Las personas confinadas en su hogar suelen tener niveles más bajos de salud mental y esto afecta a sus funciones vitales, que se deterioran más rápidamente. Existen evidencias de que la falta de realización de actividades de la vida diaria aumenta el riesgo de

mortalidad, incluso por encima de otros factores de riesgo (socioeconómicos o condiciones médicas)⁹.

A todo lo anterior cabe añadir que sus cuidadores declaran más problemas de cansancio, depresión o consecuencias para su propia salud. Una prueba es que un 44% declara que el cuidado le ocasiona problemas de salud, cosa que sólo ocurre en el 29% de los cuidadores del resto de dependientes, y el 60% declara encontrarse cansado, proporción que para el resto de cuidadores es del 46%.

2.7. El futuro de la dependencia

En un estudio publicado recientemente sobre los cambios en la discapacidad de las personas mayores en España¹⁰, se señalaba que la prevalencia de discapacidad había aumentado ligeramente entre 1999 y 2008, las dos fechas de las grandes operaciones estadísticas del INE sobre discapacidad, pero menos de lo esperable teniendo en cuenta el notable aumento del peso de los muy mayores en la composición del conjunto de personas mayores.

Esta mejora relativa entre lo esperado y lo observado se ha producido en las edades 65-84 años, pero no entre los más mayores (85 y más); también en dos de las tres categorías menos severas de discapacidad, en las llamadas actividades instrumentales (actividades de la vida diaria que permiten la independencia en el hogar) y 1-2 actividades básicas (actividades de autocuidado, aquellas que permiten la autonomía e independencia personal), no así en la categoría más severa (3-6 actividades básicas), que está más relacionada con la demanda de cuidados de larga duración.

De prolongarse esta tendencia, con un magro descenso respecto a lo que podría haber sido, la situación futura de las personas con discapacidad no sería buena. El proceso de envejecimiento de la población (intensificado por el notable tamaño de las generaciones del *baby boom* a medio plazo) y los cambios internos en la distribución de efectivos entre los mayores, con más peso en los grupos de edad más avanzada, serán un factor determinante de la discapacidad futura. El efecto edad (más personas muy mayores, con proporciones de discapacidad más elevadas según

⁹ Cohen-Mansfield, D., Shmotkin, D. y Hazan, H. (2010): "The Effect of Homebound Status on Older Persons". *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 58, n. 12, pp. 2.358-2.362. Stineman, M. G. et al. (2012): "All-Cause 1-, 5-, and 10-Year Mortality Among Elderly People According to Activities of Daily Living Stage". *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 60, n. 3, pp. 485-492.

¹⁰ Abellán García, A., Pujol Rodríguez, R., Pérez Díaz, J. y Rodríguez-Laso, Á. (2015): "Cambios en la discapacidad de las personas mayores entre 1999 y 2008 en España". *Estadística Española*, vol. 57, n. 188, pp. 215-226.

avanzan en la edad) podría absorber el efecto comportamiento (mejoras en condiciones y estilos de vida que hiciesen descender la prevalencia de discapacidad): se estaría entonces ganando más vida que mejoras de discapacidad. Otros autores señalan que la dependencia aparece en edades más tardías en las sucesivas cohortes¹¹. Esto implicaría, por el contrario, una mayor esperanza de vida libre de discapacidad y una mayor complejidad de los cuidados necesarios para las poblaciones dependientes en edades más avanzadas.

Pero también cuenta el factor generacional. Es posible que las tendencias futuras sean positivas gracias a la mejora de la educación, de la nutrición y de estilos de vida más saludables. Los actuales mayores de menos edad, con prevalencias reducidas de discapacidad en actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, pueden tener mejor comportamiento cuando tengan edad avanzada, y acumular menos dificultades en actividades básicas que las que están acumulando los actuales mayores de más edad. Y por supuesto cuentan los cambios en las formas de convivencia, pues el descenso de la mortalidad permite supervivencia más prolongada de personas que viven en hogares de pareja (pues hay menos viudez). De esto se tratará más extensamente en el apartado final.

3. Patrones del cuidado. Quién cuida a quién

Recordemos que los cuidadores informales, que son la gran mayoría de todos los cuidadores, son los que realizan tareas de atención a un dependiente sin retribución, por razones de parentesco, vecindad o amistad, como se señaló anteriormente. La encuesta EDAD permite conocer en detalle algunas características de los cuidadores principales informales (o cuidadores familiares, como indistintamente los hemos llamado por tener casi todos ellos lazos de parentesco), que dibujamos a continuación.

Las condiciones del cuidado son muy variables en intensidad, dedicación y responsabilidad. Puede ser diario, ocasional, permanente, duradero en el tiempo o circunstancial. Los cuidadores realizan tareas en actividades básicas, que son aquellas que se precisan para mantener la autonomía personal, también llamadas de autocuidado (lavarse, vestirse, levantarse/acostarse, movilidad dentro de casa), y tareas instrumentales, necesarias para mantener la autonomía o independencia en el hogar (realizar compras, tareas domésticas, preparar las comidas, etc.).

¹¹ Otero, Á. *et al.* (2004): "Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española". *Revista Española de Salud Pública*, vol. 78, pp. 201-213.

Los cuidadores familiares son los principales proveedores de apoyo a las personas dependientes y juegan un papel esencial en la coordinación con los servicios sanitarios y de cuidados formales, cuando los hay. Aunque llamado informal, el cuidado provisto por familiares no es casual, ni desestructurado, ni oficioso, ni pasajero. Es todo lo contrario a lo que el concepto informal puede tener de peyorativo. Además, suele ser el preferido por quien necesita ayuda.

El trabajo de cuidador principal no requiere, en principio, una cualificación ni asignación de tareas específicas; era y es el proveedor directo de todo tipo de cuidados al dependiente de edad. Pero en los últimos tiempos y en los venideros, con más personas dependientes en tratamiento sanitario ambulatorio o en cirugía menos agresiva que evita la hospitalización y permite la estancia en casa, los cuidadores ven crecer su papel de coordinadores de cuidados sanitarios y su responsabilidad. Muchas veces no están preparados, lo que aumenta la ya de por sí probable ansiedad y nerviosismo, y sentimientos de culpabilidad por no saber tratar al dependiente.

Los servicios sanitarios deberían considerar que un buen cuidado en casa evita regresos al tratamiento hospitalario y readmisiones del paciente. Pero hay que tener en cuenta, también, que un porcentaje muy elevado de los dependientes y de sus cuidadores tiene un nivel educativo bajo. Los hijos super-educados van a tener que realizar los mismos papeles que hicieron sus madres y abuelas, y esto posiblemente presionará hacia la ayuda formal, remunerada.

Los cuidadores son el hilo conductor entre médico y paciente, entre hospital o centro de institucionalización y la casa. Organizan, por ejemplo, la entrada y salida en servicios hospitalarios, pruebas y demás situaciones exigidas por los tratamientos médicos. Son una referencia para evitar la pérdida de identidad. Incluso cuando se produce la institucionalización o no es suficientemente satisfactoria, el cuidador familiar externo puede jugar un papel importante, pues mantiene la responsabilidad de los contactos y compromisos con el mundo exterior (compañía, gestiones, ayuda financiera, etc.). No está bien estudiado el papel de los cuidadores familiares en los casos de institucionalización del dependiente en una residencia.

Esta responsabilidad y tensión en la práctica de la asistencia aumenta en el tratamiento y cuidado de personas con demencias (Alzheimer), cuya cifra sigue creciendo. Se ha visto que en estos casos los cuidadores formales, remunerados, provistos por la propia familia o los servicios sociales, desempeñan un papel importante, aunque no son todavía muy comunes; estos cuidadores son escasos como cuidadores principales y como secundarios.

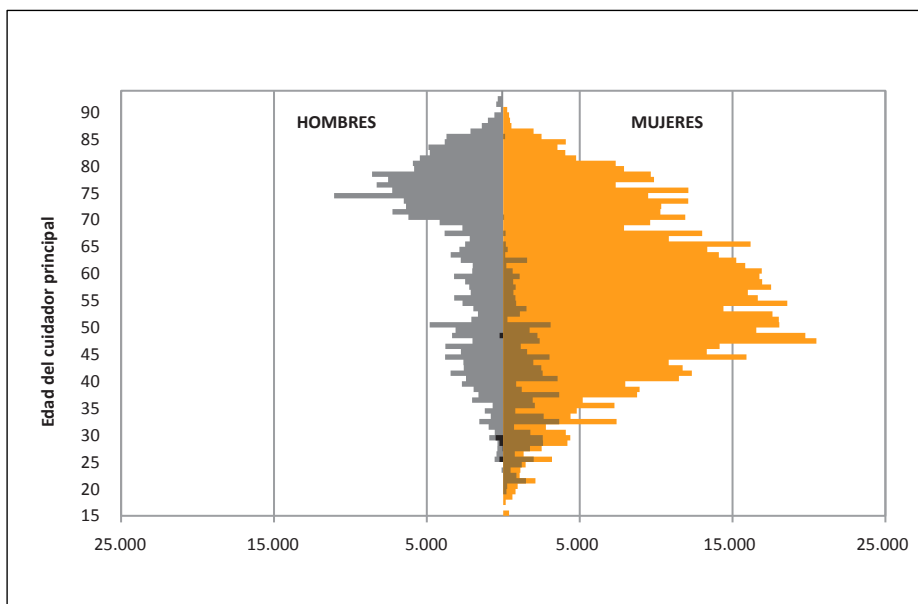
3.1. La pirámide del cuidador: sexo y edad de los cuidadores

Hay tantos cuidadores principales, informales o formales, como personas mayores dependientes. Aproximadamente 1,4 millones de adultos de todas las edades cumplen esa función; el 3% de los adultos de 20 y más años son cuidadores principales de personas dependientes mayores, de 65 y más años (el 6% de los adultos son cuidadores principales de dependientes de cualquier edad, aproximadamente dos millones de personas) (gráfico 17).

Este epígrafe y el resto de pirámides de cuidadores van a centrarse en los cuidadores informales (el 87% de todos los cuidadores principales). No obstante, se añade en la pirámide, en sombreado más intenso, la presencia de cuidadores formales junto a los informales o familiares, para contrastar mejor la importancia de unos y otros. A veces una misma persona ayuda a dos dependientes, redundancia que ha sido corregida al construir la pirámide de cuidadores.

Las mujeres predominan entre los cuidadores familiares (y también entre los formales, como es conocido). Tres de cada cuatro son mujeres (76%). La pirámide de cuidadores principales refleja claramente el escenario tradicional del cuidado en España.

Gráfico 17 – Cuidadores principales según sexo y edad. 2008



Nota: en sombreado intenso se representan los cuidadores formales, el resto son cuidadores informales.

Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

En las edades intermedias, las mujeres cuidan en cuantía y proporción mucho más altas que los hombres, en parte debido al tradicional reparto de tareas productivas y reproductivas en los hogares y las familias. Suele tratarse de mujeres que están en buena medida fuera del mercado de trabajo y han asumido (voluntariamente o por las presiones del entorno) la responsabilidad del cuidado de los mayores, padres o familiares directos.

Por otra parte, llama la atención la mayor frecuencia de los hombres cuidadores entre los que tienen más de 65 años. Es tanto más llamativo por tratarse de generaciones educadas en otras normas de conducta y que han considerado tradicionalmente el cuidado como una función exclusivamente femenina. Se trata de hombres que nacieron justo en la posguerra o en los lustros anteriores y pertenecen a estratos sociales de bajos ingresos y bajo nivel educativo. Ésta es una peculiaridad cargada de consecuencias para el futuro de los cuidados a la dependencia.

3.2. Nivel de educación

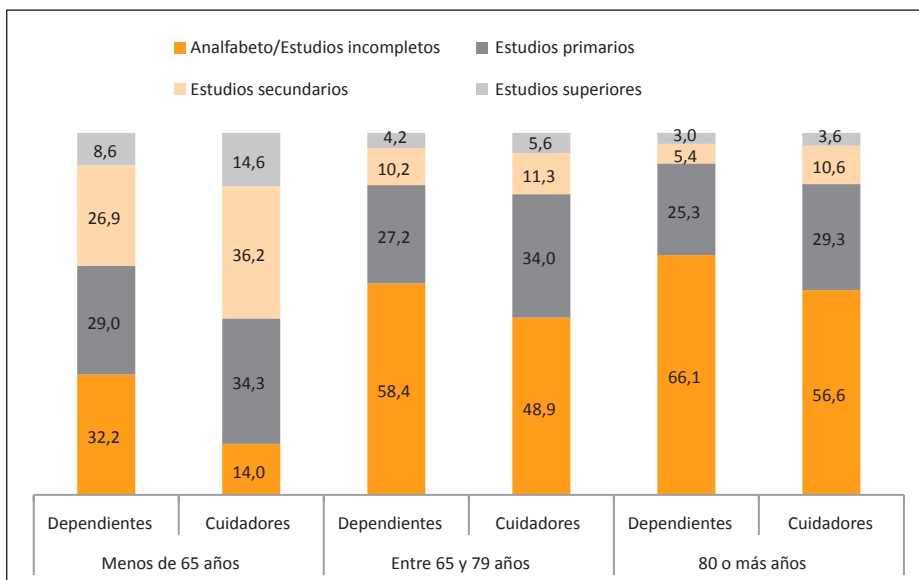
Los cuidadores tienen un nivel educativo más bajo que la media de la población, quizá por haber sido una función tradicionalmente femenina, con más bajos niveles educativos, por haber asumido tareas domésticas desde la juventud (gráfico 18). Son un escalón intermedio entre el resto de la población y los dependientes.

Se observa un contraste acentuado entre el nivel educativo de cuidadores (de todas las edades) y dependientes (de todas las edades, no sólo mayores), más acentuado cuanto más joven es el cuidador. El principal motivo es, lógicamente, generacional, pues los cuidadores suelen ser más jóvenes, en conjunto, que los dependientes y han tenido acceso a más recursos formativos. El parentesco desempeña un papel fundamental en la relación más habitual de cuidador-dependiente, que suele ser la de hijos cuidando a padres. A edades más avanzadas la relación cuidador-dependiente suele ser de pareja, y en este caso cuidador y dependiente, de cohortes de nacimiento próximas, suelen tener similar nivel educativo.

3.3. Quién cuida según parentesco y sexo

Para conocer la relación del cuidador con el dependiente y tratar de resumir los patrones de cuidado, se utiliza en el análisis descriptivo el número de horas de cuidado (volumen) que se dedica por término medio a prestar asistencia a la persona dependiente mayor. Un tercio de ellos señalaba que la atención era continuada y duraba todo el día (el 32% señalaba 24 horas al día), dando a entender tanto un cuidado intensivo, caracterizado por la realización de tareas básicas de ayuda en el autocuidado, como extensivo o de supervisión y vigilancia continua. Grandes dependientes (grado III en la terminología de la Ley de Dependencia) y personas con demencia son las personas que requieren mayor número de horas de cuidado.

Gráfico 18 – Cuidadores y dependientes por grupos de edad y nivel de estudios. En porcentaje. 2008



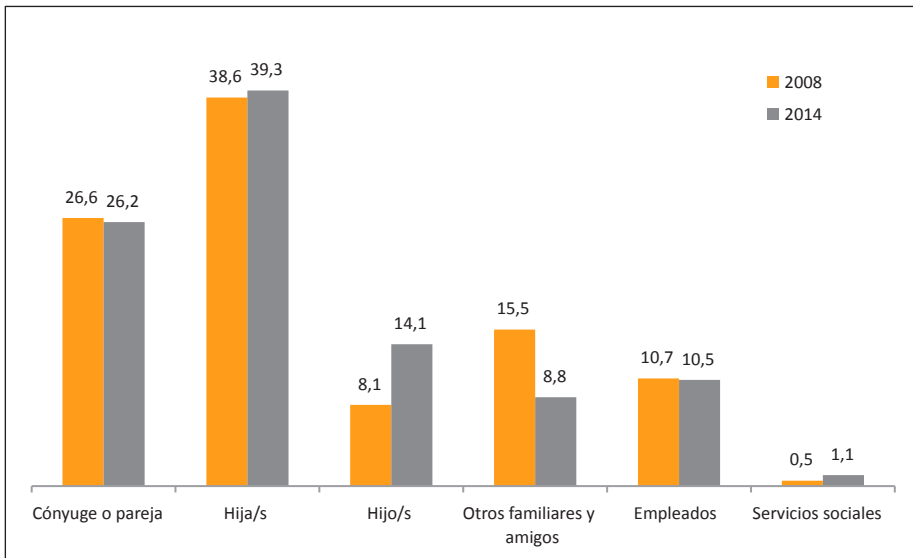
Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD).

El modo en que la familia asume el cuidado nunca ha sido uniforme o indiferenciado entre sus miembros. La relación de parentesco del cuidador respecto al dependiente de edad es quizá la principal consideración al hablar de las características de los cuidadores familiares, por varios motivos. Conocer los lazos familiares del dependiente determina a veces los papeles de cuidado cotidiano y las tareas de supervisión y control médico, y el acceso a información referida al dependiente; se sobreentiende una especial relación de confianza y seguridad.

En segundo lugar, importa conocer si se trata de un cuidador de la misma generación que el dependiente (cónyuge, por ejemplo) o de la siguiente generación u otra (hijos, nietos). Los cuidadores de la misma generación pueden tener condiciones de salud, físicas, cognitivas, de habilidades, incluso de recursos, diferentes a los cuidadores de la siguiente generación, aspecto que puede condicionar la forma en que se presta la atención. Como se vio anteriormente, cuanto más joven es el cuidador, mayor es la brecha educativa con el dependiente.

La hija de la persona dependiente es la que ocupa un mayor porcentaje (39%) del volumen total del cuidado (gráfico 19). El cónyuge o pareja le sigue en importancia.

Gráfico 19 – Evolución de la distribución de las horas de cuidado según el parentesco del cuidador. En porcentaje. 2008-2014



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*; y CIS (2014): *Estudio 3.009. Cuidados a dependientes*.

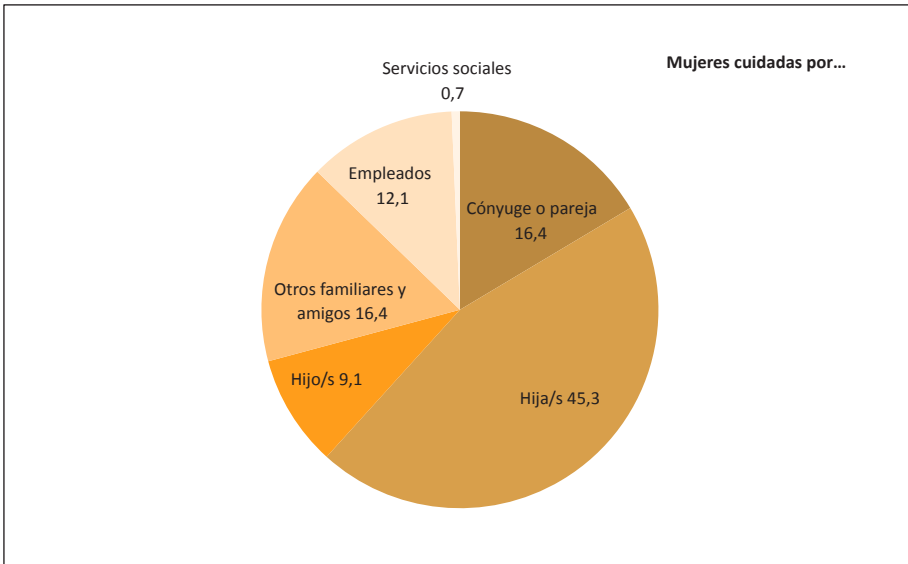
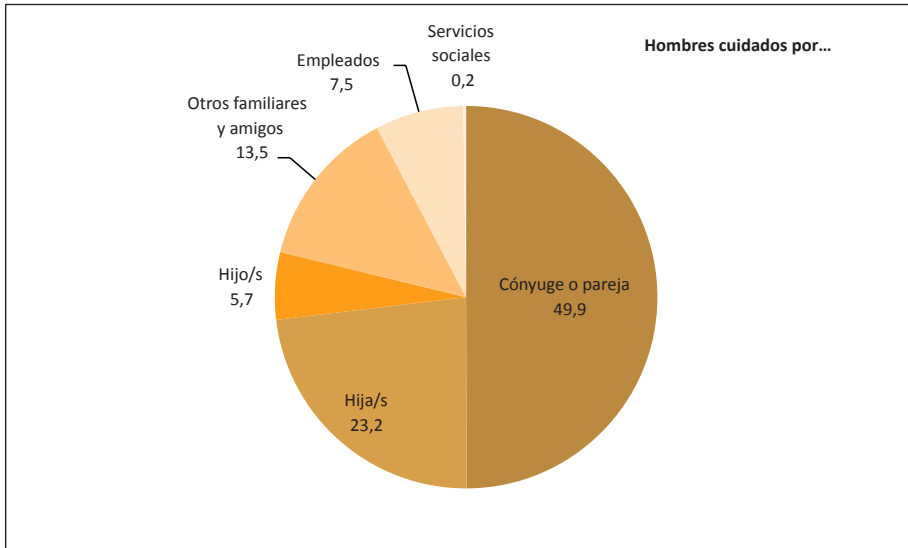
A pesar de las diferencias de tamaño entre encuestas y de las diferentes definiciones sobre el significado de cuidar y las actividades incluidas, una comparación de modelos de cuidados según parentesco entre 2008 y 2014 confirma, en primer lugar, la estabilidad del patrón (cónyuges, hijas y servicios formales), y un cambio que puede indicar tendencia: mayor relevancia de los hombres (hijos) como cuidadores principales o primarios; si además incluimos su papel como cuidadores secundarios, su dedicación aumenta. Este renovado papel cuidador del hombre relega a un quinto lugar el cuidado de otros familiares.

Finalmente, el parentesco informa de la proximidad o lejanía del cuidador, aspecto que se observa mejor considerando el tipo de hogar donde vive el dependiente. Este hecho también permite plantear tendencias futuras en el cuidado y de ello se hablará en el apartado final.

En los hogares unipersonales, generalmente de mujeres viudas, el primer cuidador es la hija, que cuida desde fuera y provee la mitad del cuidado. Otros familiares y empleados (ayuda formal) representan buena parte del volumen de cuidado.

En los hogares de pareja, el cónyuge es el protagonista casi exclusivo de los cuidados (86% de todo el volumen). La principal novedad es que en estos hogares el hombre dependiente es cuidado en el 93% de los casos por

Gráfico 20 – Distribución de las horas de cuidado según el parentesco del cuidador y el sexo de la persona mayor cuidada. En porcentaje. 2008



Nota: por ejemplo, el 49,9% de los hombres mayores son cuidados por su cónyuge.

Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

su esposa y, aún más, que la mujer dependiente es cuidada por su esposo fundamentalmente (79%). Aunque se mantienen las diferencias, el cuidado masculino se acerca en proporción al suministrado por las mujeres.

En los hogares multigeneracionales, la hija tiene un papel predominante y presta el 59% del cuidado. En los hogares de otro tipo, los servicios domésticos (51%) y otros familiares son los responsables del cuidado de los dependientes.

Se mantiene un escenario de relación cuidador-dependiente similar al dibujado en la anterior edición del presente Informe, en 2001, y continúa incluso más allá de la encuesta de referencia, EDAD 2008, en la nueva del CIS de 2014 sobre cuidado.

Si descendemos al detalle del sexo del dependiente, resulta que los hombres de edad dependientes son atendidos en primer lugar por su cónyuge o pareja, que copa la mitad de todas las horas de cuidado dispensadas (gráfico 20). En número de cuidadoras, su relevancia es algo menor, lo que demuestra que el cuidado en pareja, tanto de la mujer hacia el hombre como viceversa, es más extensivo que en el resto de patrones de cuidado: invierten más tiempo que la media, bien con dedicación intensa y directa o bien como supervisión y control del dependiente a lo largo del día. A continuación le presta cuidado la hija (23%) y otros familiares; los hijos apenas dedican tiempo.

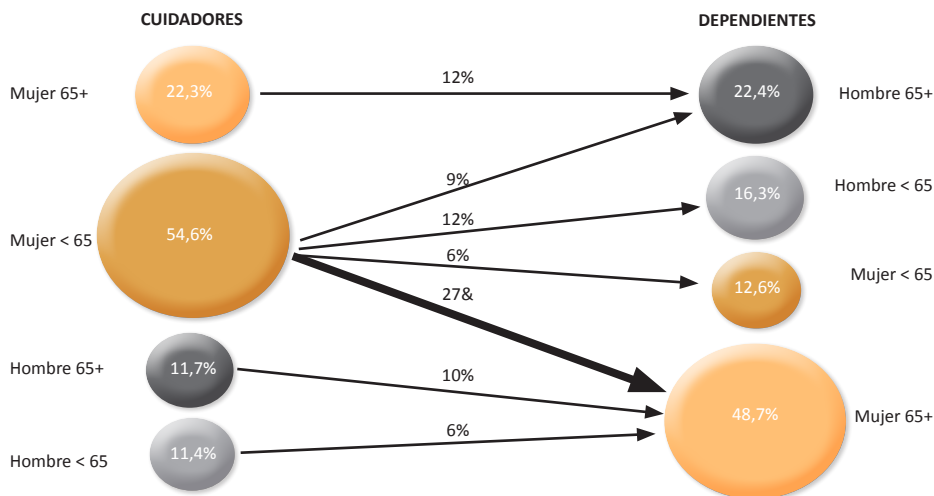
Las mujeres son cuidadas principalmente por sus hijas (aportan el 45% del tiempo total de cuidado), ya vivan en el mismo hogar (generalmente multigeneracional) o desde fuera; en cambio el marido sólo alcanza el 16% del volumen total de cuidado; en este dato escaso también influye que muchas veces se trata de mujeres viudas.

Por tanto, la mujer, hija o cónyuge, es el pilar de la ayuda a los mayores dependientes. Era y es la cuidadora principal por excelencia, un centro de servicios para la familia, tan necesario para el funcionamiento de la vida familiar. Su participación en las tareas de cuidado refleja cómo opera la división sexual del trabajo y cómo las políticas sociales refuerzan en parte ese reparto de tareas. Las políticas de servicios públicos se han estado organizando en función de este sentido de responsabilidad familiar, y han evitado asumir más responsabilidades o buscar nuevas formas de ayuda.

3.4. Patrones: quién cuida a quién

Los datos descriptivos manejados en los apartados anteriores pueden combinarse de manera más compleja para elaborar unos patrones de cuidado teniendo en cuenta el sexo y la edad de quien proporciona el cuidado, de quien lo recibe y los flujos entre unos y otros (gráfico 21). Se ha calculado este

Gráfico 21 – Patrones de cuidado informal. Quién cuida de quién. En porcentaje. 2008



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD).

escenario con el cómputo de todas las horas de cuidado provisto representado por sus porcentajes. Las flechas indican la cantidad de cuidado aportado por cada uno de los cuatro tipos de cuidador a cada uno de los cuatro tipos de dependientes; no se representan todos los flujos para facilitar la lectura.

Mujer cuida a mujer...

Como ya se vio antes, el perfil del dependiente es ante todo el de mujer. El de cuidador también y al relacionar ambos perfiles se obtiene una matriz. Las mujeres de menos de 65 años, especialmente las de 45-64, contribuyen con más de la mitad de todo el volumen de cuidado aportado por todos los cuidadores (55%). Y es una mujer mayor la que recibe la mayor parte del cuidado provisto por cualquier cuidador (49%).

Este panorama de dedicación presenta estabilidad, es decir, dura el tiempo que lo hace la discapacidad y suele acabar con la entrada del dependiente en servicios institucionales o con la muerte del mismo. Como ya hemos dicho, incluso con la institucionalización, el cuidador continúa con tareas de supervisión, relaciones y gestiones varias.

Los cuidadores de más edad suelen dedicar la mayor parte de la atención a dependientes del sexo opuesto, persona también de edad, y no es casual que estos cuidadores predominen en los hogares de pareja; a estas edades más de la mitad de las mujeres que cuidan lo hacen a hombres

(12% sobre 22%) y casi todos los hombres (10% sobre 12%) cuidan a mujeres, aunque el volumen dado por los hombres es mucho menor que el ofrecido por este grupo de mujeres. Un hombre de menos de 65 años, que sólo aporta el 11% de todo el cuidado, lo entrega fundamentalmente a una mujer mayor.

El patrón principal es el de una mujer de menos de 65 años que aporta dos tercios de su dedicación a una mujer de 65 y más años (27% sobre 55%) y a otras más jóvenes.

...y también a hombre

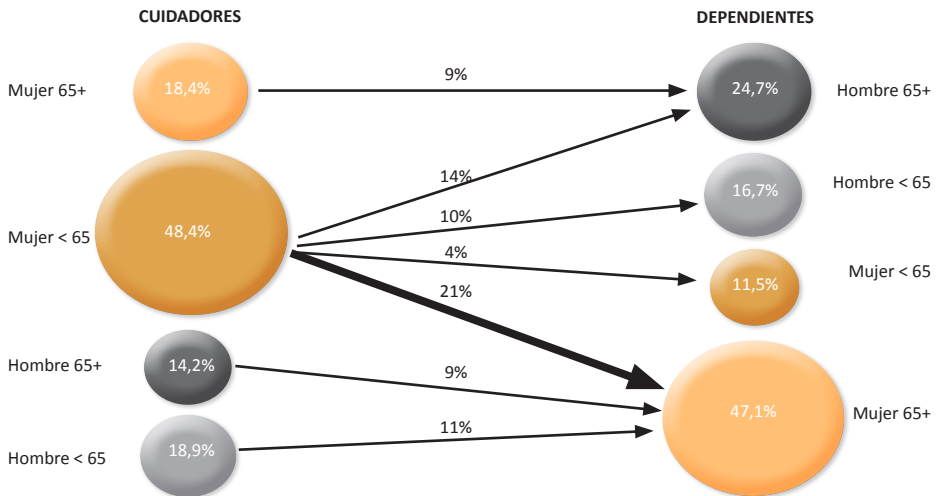
El tercio restante del cuidado ofrecido por la mujer de menos de 65 años va destinado a un hombre, joven o mayor. En el caso de ser joven, suele tratarse fundamentalmente de un hijo.

Estabilidad del patrón general

Han pasado los años y ha tenido lugar el despliegue de políticas sociales de atención a la dependencia y el patrón se mantiene, pero aumenta algo el tiempo de cuidado prestado por los hombres, en especial el de los hombres mayores, y desciende el de las mujeres (gráfico 22). Esto puede explicarse por un efecto de edad (envejecimiento y envejecimiento de los ya viejos) y de evolución de los tipos de hogar, más que de modificaciones de mentalidades y de la cultura del cuidado. Las parejas envejecen y los hombres de edad asumen el papel de cuidador que no desarrollaron siendo jóvenes; además, hay más hombres en esa tesitura que antes, debido a una mayor supervivencia.

El principal patrón del cuidado, mujer de menos de 65 años que cuida a mujer de 65 y más, y también a hombre de la misma edad, corresponde a hogares multigeneracionales con presencia de la hija como cuidadora principal. La edad media del dependiente es muy alta; generalmente se trata de viudas que viven en la casa de la hija; la edad media de la cuidadora oscila entre 30-35 años menos que la persona dependiente. Suele tratarse de situaciones de dependencia con el máximo nivel de severidad y los dependientes son así mismo de muy bajo nivel de instrucción: el 73% de las mujeres y el 62% de los hombres son analfabetos o con estudios incompletos (tabla 1).

Gráfico 22 – Patrones de cuidado informal. Quién cuida de quién. En porcentaje. 2014



Fuente: elaboración propia a partir de CIS (2014): Estudio 3.009. Cuidados a dependientes.

Tabla 1 – Caracterización de los patrones de cuidado informal más frecuentes. En porcentaje. 2008

	Hombre de 65 o más años cuida a mujer de 65 o más años	Mujer de menos de 65 años cuida a hombre de 65 o más años	Mujer de menos de 65 años cuida a mujer de 65 o más años	Mujer de 65 o más años cuida a hombre de 65 o más años
Edad media: dependiente (cuidador)	76,2 (76,2)	79,9 (50,7)	82,4 (50,0)	78,2 (74,1)
Tipo de hogar				
Unipersonal	2,9	12,1	15,7	2,3
Pareja	72,8	18,3	5,9	66,2
Multigeneracional	20,0	66,8	74,4	25,0
Otro tipo	4,3	2,8	4,0	6,6
Gravedad de la discapacidad				
Insignificante o leve	84,5	80,3	74,9	78,3
Moderada	8,0	10,1	11,6	11,2
Grave o total	7,5	9,6	13,5	10,6
Nivel de Instrucción				
Analfabeto/ Estudios incompletos	58,1	62,3	72,8	55,4
Estudios primarios	31,8	24,5	22,3	28,5
Estudios secundarios	8,5	8,0	4,2	10,8
Estudios superiores	1,6	5,1	0,7	5,3
Ingresos				
Bajos (< de 625 euros mensuales)	57,0	35,9	39,2	56,3
Altos (> de 625 euros mensuales)	43,0	64,1	60,8	43,7

Nota: porcentajes verticales.

Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD).

3.5. *Caracterización de los cuidadores*

El otro perfil que se dibuja es el de hombre o mujer mayor cuidando a su pareja, en hogares donde no hay otros convivientes (dos tercios de los casos), pero también es significativo el número de los que lo hacen en hogares multigeneracionales donde viven ambos cónyuges mayores. El nivel de instrucción de los dependientes es bajo, con algo más de la mitad sin estudios.

¿Qué factores son más determinantes para que un miembro del hogar se convierta en cuidador principal?

Para responder a esta cuestión se ha utilizado un análisis estadístico idéntico al que páginas atrás se empleó también para conocer la probabilidad de ser o no dependiente. Y lo que se obtiene, sin juzgar el sentido de causalidad entre los factores, es que la mayor probabilidad de ser cuidador se da cuando no existen cuidados formales (o informales) que provengan del exterior. El cuidado sigue siendo una tarea familiar, y restringida sobre todo a los miembros del hogar. Ser cuidador transmite la misma imagen de invisibilidad que caracterizó, y aún caracteriza, a la dependencia, un problema dentro de las fronteras del hogar.

Pero también cuando existe cuidado formal dentro del hogar los miembros de la familia siguen desempeñando un papel importante, bien como cuidadores principales o secundarios, aunque no esté tan presente como cuando esa ayuda formal no existe.

Los ingresos del hogar y el nivel educativo también están estrechamente asociados con el hecho de ser cuidador. La probabilidad de serlo es mayor si los ingresos son bajos, lo que disminuye la capacidad de contratar servicios de mercado, o precisamente por esa falta de recursos se ven obligados a cuidar; y en relación con todos los factores comentados, el nivel educativo bajo se asocia también al hecho de ser cuidador.

Finalmente, la probabilidad de que sea una mujer la cuidadora principal del dependiente es más del doble que la del hombre. Y, si el dependiente vive en un hogar multigeneracional o de pareja, aumenta notablemente la probabilidad de que alguien del hogar (la hija generalmente en los hogares multigeneracionales, o el cónyuge en los de pareja) sea el cuidador principal.

3.6. *Las tareas del cuidado*

Las encuestas sobre discapacidad no suelen recoger adecuadamente las experiencias y el desarrollo de la tarea de cuidar. Sin embargo, la encuesta EDAD habilitó un módulo de cuidadores principales que aporta información sobre los tipos de cuidados provistos al dependiente. A partir

de dicha información se exponen a continuación las principales características de las tareas realizadas por cuidadores informales.

Ya se ha hecho antes la distinción técnica básica entre dos grandes tipos de cuidado: ayuda para actividades de cuidado personal, conocidas como actividades básicas, cuyo objetivo es mantener la autonomía e independencia del dependiente (como comer, vestirse, asearse, movilidad dentro de la casa, problemas de incontinencia urinaria o fecal, levantarse/acostarse); y ayuda para otras actividades, llamadas instrumentales, cuyo objetivo es mantener la autonomía del hogar (como realizar la compra, preparar las comidas, otras tareas domésticas, realizar gestiones, control de la medicación, etc.).

Pero existe además un tipo de tareas por las que no se suele preguntar y que también forman parte del papel del cuidador: el apoyo emocional, de consejo, compañía y de relación social del dependiente. Es una tarea a veces difícil de desempeñar porque puede ocurrir que las propias deficiencias del receptor le dificulten o impidan ser colaborativo con el cuidador. Un buen ejemplo lo encontramos cuando la persona dependiente muestra síntomas depresivos (ansiedad, irritación, etc.).

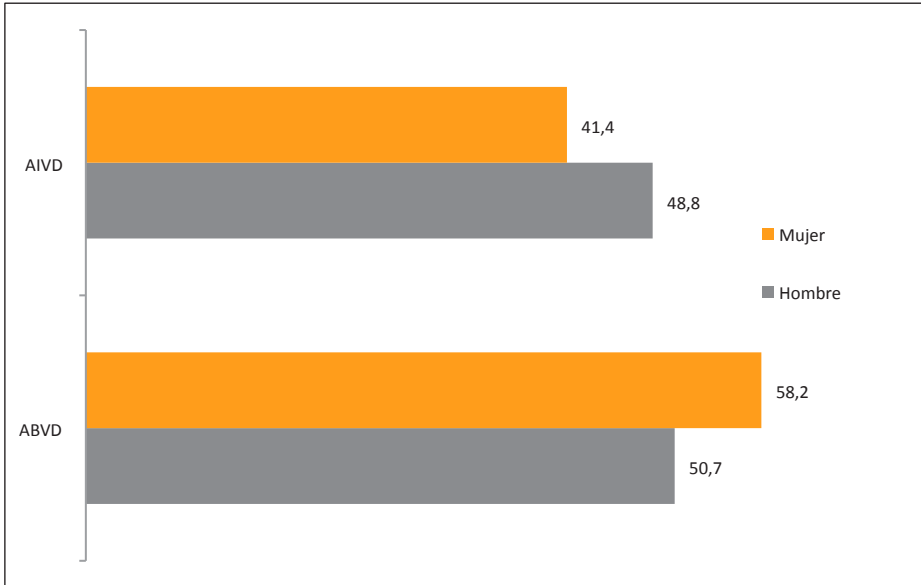
Otro tipo de ayuda es el control y supervisión de los tratamientos médicos, generalmente una tarea adicional de los cuidadores. Los tratamientos se hacen cada vez más complejos y ya no consisten sólo en administrar medicinas. Los avances tecnológicos en el tratamiento de la enfermedad pueden exigir el manejo por parte de los cuidadores de procedimientos o dispositivos complejos.

Cuando es necesaria la ayuda formal, remunerada, bien desde dentro del hogar o desde fuera, el cuidador familiar también tiene la tarea de supervisión y coordinación de los cuidados; son los responsables de las entradas y salidas del dependiente de hospitalización, y mantienen el contacto con el mundo exterior.

Pese a todo, las tareas básicas de cuidado personal siguen siendo las de mayor peso; se realizan a diario y suponen más de la mitad del tiempo invertido en el cuidado del dependiente (el 56% de todas las horas empleadas por el cuidador). Entre ellas destaca el tiempo consumido en el aseo personal, en vestirse/desvestirse y en otras básicas. En los casos de severidad mayor, el tiempo dedicado a las tareas básicas supone el 84% de todo el tiempo de cuidado, y sólo el 42%, la mitad, en los casos de dependencia leve.

Hay un sesgo en determinadas labores según el cuidador sea hombre o mujer. Los hombres dedican más tiempo a tareas instrumentales (hacer la compra, gestiones varias) y las mujeres a tareas básicas (aseo del dependiente). Las diferencias entre los cuidadores se acentúan cuando se trata de dependientes más graves (gráficos 23 y 24).

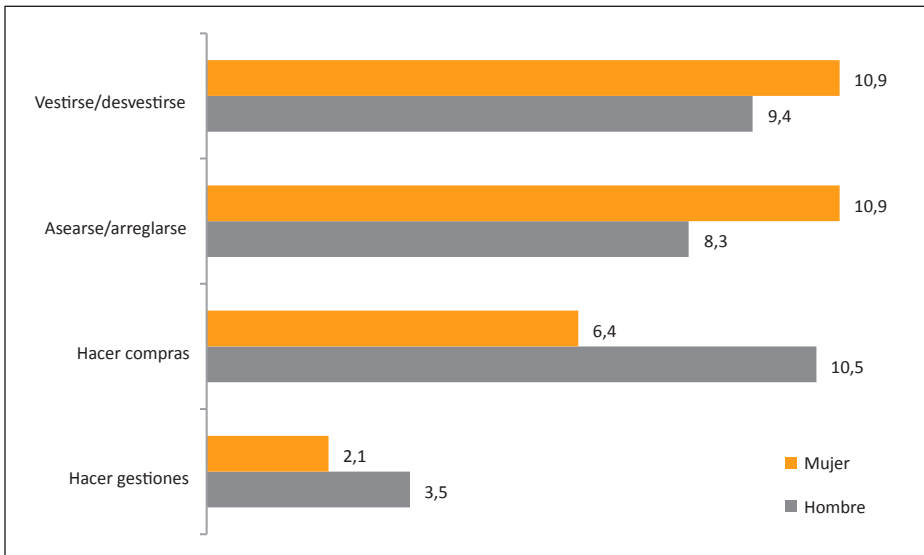
Gráfico 23 – Tareas del cuidador principal por tipo de ayuda provista y sexo. En porcentaje. 2008



Nota: AIVD: para actividades instrumentales de la vida diaria (compras, preparar comidas, tareas domésticas, etc.). ABVD: para actividades básicas (comer, vestirse, afeitarse, levantarse, etc.).

Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

Gráfico 24 – Tareas habituales del cuidador principal por sexo del cuidador. En porcentaje. 2008



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

La responsabilidad del cuidado ha recaído tradicionalmente en el cuidador principal, pero se observa una evolución en los años que median entre la encuesta EDAD 2008 y la del CIS sobre cuidados, de 2014, en el sentido de una mayor importancia de los cuidadores secundarios, que comparten tareas y responsabilidades. Salvando las distancias metodológicas de ambas encuestas, se observa que en 2008 los cuidadores principales eran el 91% de todos los cuidadores, mientras que en la del CIS eran el 51%. Las diferencias pueden deberse especialmente a la forma en que se preguntó por la presencia de los cuidadores secundarios y terciarios.

De la misma manera, la responsabilidad del cuidado ha recaído tradicionalmente en las mujeres. Asumen el papel de cuidadoras, se responsabilizan de las tareas más pesadas y dedican más tiempo a cuidar. El coste que supone en sus vidas es elevado en términos de salud, calidad de vida, acceso al empleo y desarrollo profesional, relaciones sociales, disponibilidad del propio tiempo y repercusiones económicas. Las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clases sociales menos privilegiadas configuran el gran colectivo de cuidadores en nuestro país¹². Pero nuevamente en este rasgo se observan cambios, con una progresiva presencia masculina en la función de cuidador, que la propia evolución de las estructuras demográficas y convivenciales impulsará al alza en el futuro, como se argumentará más extensamente en el apartado final.

3.7. Duración del cuidado y tiempo por cuidar

- **Duración del cuidado.** Cuidar es ante todo un compromiso de tiempo, cotidiano y prolongado. Aunque las tareas cambien, algunas se vuelvan más complejas y otras se vean facilitadas por dispositivos tecnológicos, lo cierto es que consumen mucho tiempo por parte del cuidador. Hombres y mujeres comparten un patrón similar acerca de la duración con la que han asumido la obligación del cuidado a las personas mayores, con la salvedad de que las tareas de las mujeres suelen ser más intensas en la dedicación. La mayoría lleva más de ocho años con esa tarea y no se observan grandes diferencias según el sexo del dependiente o del cuidador; el hombre que cuida suele llevar tanto tiempo como la mujer. La larga duración media del cuidado tiene trascendencia por las negativas consecuencias en los cuidadores: problemas de salud y otros aspectos económicos de la vida familiar y del ocio.

- **Tiempo por cuidar. Una simulación.** Un aumento considerable de la esperanza de vida en la vejez, incluyendo a los dependientes, anticipa

¹² García Calvente, M., Río Lozano, M. del y Marcos Marcos, J. (2011): "Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España". *Gaceta Sanitaria*, vol. 25, pp. 100-107.

unas tareas de cuidado más largas de lo imaginado. Saber cuánto tiempo llevan los cuidadores ejerciendo su función es de interés, pero quizá aún resulte más importante conocer cuánto tiempo necesitarán los dependientes ser cuidados en el futuro, en lo que les reste de vida.

Para conocer el tiempo completo de cuidado prestado por el cuidador a lo largo de la vida del dependiente, se precisa saber el tiempo que lleva cuidando –pregunta directa en el módulo de la encuesta EDAD– y el tiempo de vida restante a la edad que tiene el dependiente, bajo el supuesto, claro, de que la dependencia sólo acabará con la muerte. Se calcula por sexo y edad y para residentes en un tipo de hogar, el de pareja, cuando el cuidado procede de dentro del hogar, es decir, cuando el hombre cuida a su mujer mayor dependiente o la mujer a su esposo mayor dependiente. Con ello se pretende comparar el cuidado de hombres y mujeres, en ausencia de otras circunstancias.

Para hacer este análisis se puede realizar un ejercicio de aproximación. La limitación fundamental de este ejercicio es que no existen tablas de mortalidad según discapacidad y grado de severidad de la misma, y se sabe que realmente existen diferencias por los estudios realizados al respecto. Para esta aproximación aquí se asumirá que la esperanza de vida no cambiaría para personas dependientes y no dependientes, y se aceptan las cifras de vida restante que ofrecen las tablas de mortalidad generales del INE.

Esta premisa podría ser menos artificiosa de lo que parece, pues un reciente estudio sobre educación y esperanza de vida en España¹³ demuestra que la diferencia en esperanza de vida entre los grupos de mayor y menor educación apenas varía a la edad de 70 años, tanto en hombres como en mujeres (menos de un año de diferencia en esperanza de vida entre ambos niveles educativos). La relación entre dependencia, gravedad y bajo nivel de instrucción es muy estrecha, por lo que las conclusiones del estudio sobre niveles educativos se pueden trasladar a nuestra simulación y aceptar las cifras que presentan las tablas de mortalidad. Bajo nivel de instrucción y dependencia están estrechamente asociados; hay una probabilidad del 67% (calculada mediante una regresión logística) de que las personas mayores con bajo nivel educativo sean dependientes.

Utilizando las tablas generales de mortalidad, sin corrección, suponemos un error aunque pequeño, de menos de un año de vida restante entre los más y menos instruidos, amplitud que sería similar en el caso de los dependientes, entre los más severos y la población sin problemas funcionales. Otra limitación del ejercicio es que, suponiendo esas cifras, la mujer

¹³ Requena, M. (2017): “La desigualdad ante la muerte: educación y esperanza de vida en España”. *Perspectives démographiques*, n. 6.

en ese tipo de hogar precisaría más tiempo de cuidados, tiempo durante el cual no podría recibirlos por completo de su esposo, cuya duración de vida media es inferior.

Los resultados se presentan en la tabla 2, para hombres y mujeres especificando la edad media de inicio de la discapacidad y la de inicio del cuidado, la edad media del dependiente en el momento de la encuesta, su esperanza de vida a esa edad y el tiempo total de cuidado, incluido el ya realizado y el futuro según la esperanza de vida. En el ejemplo se sobreentiende que el hombre dependiente es cuidado por su mujer no dependiente, y la mujer dependiente por el hombre no dependiente. Las edades de la tabla hacen referencia a hombres y mujeres dependientes, no a la de los cuidadores.

Desde que se inician los problemas hasta que se hacen necesarios los cuidados pasan entre 9 y 10 años, momento en que la persona con discapacidad se convierte en dependiente, es decir, necesita la ayuda de otra persona para realizar las actividades cotidianas. La mujer suele iniciar los problemas de discapacidad antes que el hombre.

Si se computan los años que quedan de vida a la persona dependiente, hombre o mujer, con las limitaciones comentadas de estos cálculos, se constata que a los hombres les quedan 9,7 años de vida (suponiendo que su situación de dependencia no revierte) y a las mujeres 13,4. Esto significa que el cómputo total de años siendo cuidado es muy diferente para hombre y mujer: el hombre acaba recibiendo ayuda durante 16,2 años y la mujer durante 20,1 años. Planteamos este hallazgo como hipótesis que precisa de estudios detallados para confirmarla.

Tabla 2 – Tiempo total (transcurrido y restante) de necesidad de cuidado por sexo. En años. 2008

	Con dependencia	
	Hombre	Mujer
Inicio de la primera discapacidad, edad media	61,8	59,5
Edad de inicio del cuidado	70,6	68,4
Tiempo que lleva siendo cuidado desde inicio del cuidado hasta edad real del sujeto	6,5	6,7
Edad real del sujeto en la encuesta	77,1	75,1
Esperanza de vida del sujeto según tabla de mortalidad	9,7	13,4
Tiempo total de cuidado (ya realizado y tiempo futuro de cuidado)	16,2	20,1

Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*; e INE (2008): *Tablas de mortalidad*.

En la foto instantánea, transversal, que significa la toma de datos de la encuesta EDAD, la mujer en estos tipos de hogares aparece como cuidadora (en número y volumen) en mayor medida que el hombre. Pero, con una simulación del tiempo transcurrido y por transcurrir, se observa que el hombre recibe finalmente menos tiempo de cuidado. El escenario dibujado es el correspondiente a solamente hogares de pareja, sin otros convivientes. Las razones demográficas y de estructura de hogar acaban teniendo gran impacto en el patrón del cuidado, de lo que se hablará en el último apartado. Si se toman todos los tipos de hogar, los hombres de edad dependientes acabarán siendo cuidados durante 14,1 años, idéntico tiempo que las mujeres (14,14 años).

4. Las consecuencias del cuidado

4.1. La carga del cuidado

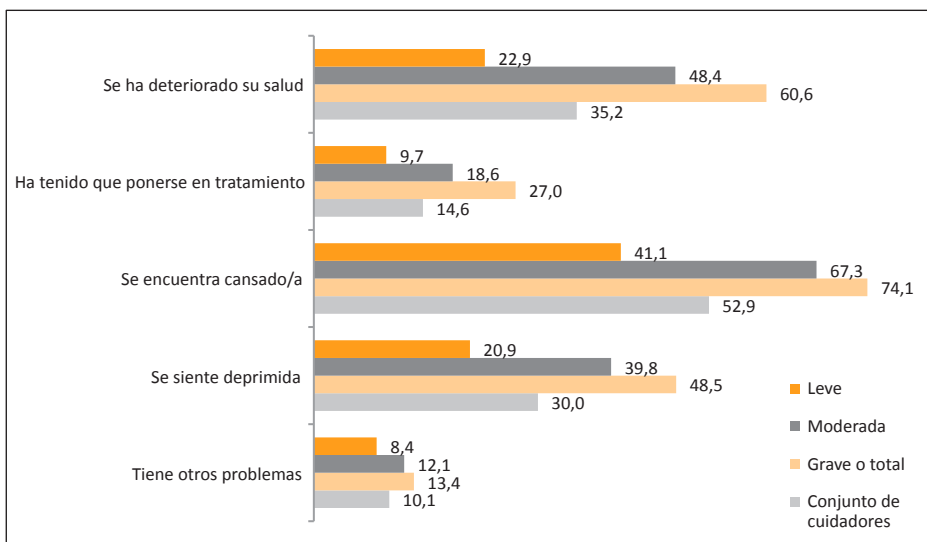
Algunas personas pueden entender que hablar de “carga” es peyorativo, que tiene una interpretación de castigo o de tarea impuesta y no deseada. Otras, en cambio, prefieren hablar de las consecuencias del hecho de cuidar y no de la carga. Lo importante es conocer cómo afecta el cuidado a la vida del cuidador, teniendo en cuenta que éste dedica tiempo, trabajo y emociones que interfieren o, como mínimo, interactúan con el resto de actividades en las que estas tres cosas pueden volcarse. Esto es claro respecto a la dedicación al trabajo de cuidado, pero también lo es para la dedicación a actividades de ocio, como las vacaciones, y para la posible vida familiar y de pareja, la frecuentación de amistades o sencillamente con cuidar de uno mismo.

De hecho, es posible también entender el cuidado como una obligación moral cuyo cumplimiento ofrece igualmente compensaciones en sí mismo, empezando por la propia dignificación personal, pudiendo llegar a resultar muy satisfactorio. Por ello conviene empezar por distinguir los diversos grados de exigencia que la situación tiene para el cuidador, y los efectos que puede suponerle en indicadores objetivables y concretos. Y resulta lógicamente determinante y fácil de constatar que la vivencia resulta más o menos negativa de forma muy directamente relacionada con el grado de severidad de las dependencias a las que se atiende. Todos los efectos negativos de la responsabilidad de cuidar se acentúan en los casos de dependencia grave o total, en que se duplica o triplica la proporción de cuidadores que declaran soportar consecuencias negativas.

Las consecuencias de la tarea de cuidar repercuten en el *estado de salud* del cuidador (gráfico 25). La principal es que los cuidadores se sienten cansados: un 53% de todos los cuidadores informales así lo declaran

y, obviamente, la proporción aumenta cuanto mayor es la severidad de la dependencia. Más de un tercio confiesan que su salud se ha deteriorado –fundamentalmente se trata de situaciones de depresión (30%)– y un 15% declara incluso que se ha tenido que poner en tratamiento médico.

Gráfico 25 – Cuidadores informales que declaran problemas de salud según la severidad de la dependencia a la que atienden. En porcentaje. 2008



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

El cuidado también tiene *efectos económicos en el cuidador informal* (gráfico 26). Uno de cada cinco cuidadores declara que no puede plantearse trabajar fuera de casa. Incluso uno de cada diez ha tenido que dejar de trabajar para hacerse cargo de la persona dependiente. Ambas situaciones suelen suponer una pérdida de ingresos actuales en el hogar, pero también una merma de los derechos contributivos para una futura pensión y de otros beneficios, al situarse el cuidador informal normalmente fuera de la Seguridad Social (con excepción de los acogidos a un supuesto de la Ley de Dependencia). La reducción de la jornada de trabajo también suele conllevar pérdida de oportunidades y de promoción profesional. Si estas cifras de impacto son relativamente bajas, es porque la inmensa mayoría del cuidado procede de mujeres de edad intermedia que ya están fuera del mercado laboral y han asumido su papel cuidador al margen de otras ocupaciones; por ello una engañosa alta proporción (44%) dicen no tener problemas profesionales o económicos.

Gráfico 26 – Cuidadores informales que declaran problemas en su tiempo de ocio y/o problemas profesionales o económicos. En porcentaje. 2008



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

Los *efectos sociales* del cuidado abarcan una amplia gama. Las relaciones de los cuidadores con la red social (familiares y amigos) se debilitan, lo que evidencia el hecho de que un 42% afirman que no tienen tiempo para frecuentar a sus amistades. Algunos incluso refieren que las relaciones de pareja se resienten. Sin embargo, son muy pocos, en torno al 2%, los cuidadores que señalan que el compromiso del cuidado les ha impedido formar una familia o tener hijos, en buena medida porque ya la habían formado o ya los habían tenido. Esto último, el tener familia que atender, aumenta la presión sobre los cuidadores, sobre todo mujeres de edad intermedia con hijos aún no emancipados que continúan en el hogar y con personas mayores ya en dependencia a las que atender. Finalmente, el cuidado tiene efectos en la merma del tiempo que los cuidadores pueden dedicar a sí mismos (30%) y sobre todo en cómo han tenido que reducir su tiempo de ocio (62%), o en no poder ir de vacaciones (49%). Estas proporciones aumentan, lógicamente, en el caso de cuidar a dependientes graves.

La tarea del cuidado tiene serias consecuencias para quien la ejerce. Puede conducir al dependiente a una institucionalización. Las consecuencias del cuidado deberían ser consideradas un asunto de salud pública, pues podrían ir en aumento, dado que se espera que se incremente la población de dependientes y, por tanto, la carga del cuidado.

4.2. ¿Cuál es el valor del cuidado informal provisto a personas dependientes?

Una forma de demostrar la trascendencia del cuidado es haciendo una estimación económica de su valor de mercado, suma que puede verse como remuneración no recibida por los cuidadores familiares o como contribución a la creación de riqueza, pero oculta a la contabilidad oficial del Estado. Esto significa, en otras palabras, reconocer a los cuidadores el carácter de fuerza de trabajo, aunque sea no remunerado, y poder considerarlos parte sustantiva en el sistema de cuidado sanitario. Algunos autores (Oliva y Peña, por una parte y Durán por otra, por ejemplo¹⁴) han intentado aproximarse al valor de los cuidados informales provistos a personas dependientes dentro de los hogares en España. Los primeros utilizaron la misma encuesta EDAD de la que hemos obtenido información de dependientes mayores y de sus cuidadores. Se trata de una cuantificación compleja, pero es una aproximación necesaria. Los tipos de cuidado, el coste personal del mismo, las implicaciones psicológicas y emocionales, las consecuencias en las personas, etc., complican poner valor económico a la acción de cuidar.

Con su definición de cuidador informal, el valor monetario de todos los cuidados informales en España –en hogares familiares, dejando aparte el cuidado institucionalizado en centros– alcanzaría un abanico entre 18.871 y 53.299 millones de euros, es decir, entre el 2% y el 5% del producto interior bruto nacional en el año de referencia de la encuesta, 2008.

Replicando el procedimiento –en este caso para dependientes de 65 y más años y con una definición de cuidadores informales algo diferente–, hemos realizado una estimación con la misma fuente, la encuesta EDAD. No hemos restringido las horas diarias de cuidado a 16, como hacen los autores citados, sino que hemos mantenido las horas declaradas, que aumenta el tiempo de cuidado. Aparte del cuidado intensivo, directo, inmediatamente proporcionado, los cuidadores declaran que la supervisión, la disponibilidad, la atención indirecta, etc., puede alcanzar 24 horas diarias en algunos casos. Muchas veces el cuidador estima que la atención o supervisión le impiden dedicar ese tiempo a otras actividades de ocio o simplemente personales.

Por otra parte, en esta valoración del tiempo de cuidado se incluye mucho tiempo invertido en tareas domésticas que se harían de todas formas, incluso en caso de no existir dependientes en el hogar, por lo que las cifras de estimación del valor pueden considerarse altas respecto a las que

¹⁴ Oliva-Moreno, J., Peña-Longobardo, L. M. y Vilaplana-Prieto, C. (2015): "An Estimation of the Value of Informal Care Provided to Dependent People in Spain". *Appl Health Econ Health Policy*, vol. 13, pp. 223-231. Durán, M. Á. (2002): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBVA. Durán, M. Á. (2017): *Los costes no sanitarios de la atención a los pacientes crónicos*. IX Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Oviedo.

correspondería si se ajustase a la labor de atención exclusiva del dependiente. También puede existir una sobreestimación del valor porque muchos de los cuestionarios sobre discapacidad y dependencia fueron complementados con la información de *proxies* (no es el propio sujeto el que responde); éstos pueden valorar los problemas de la persona dependiente con más severidad o más complejidad que los propios dependientes, lo que provocaría también una sobrevaloración de la dependencia.

Nuestra estimación del cómputo de tiempo de cuidado eleva obviamente el valor económico de los cuidados, pues el volumen de horas estimado es superior. Se considera el mismo abanico de precio (entre 7,67 y 12,71 euros/hora) utilizado por los autores citados. Según estos parámetros, el valor del cuidado a personas dependientes de 65 y más años provisto por cuidadores informales se eleva a una cifra que oscilaría entre 32.099 y 53.191 millones de euros, es decir, entre el 3% y el 5% del producto interior bruto de España en 2008.

A falta de más estudios de detalle, estos procedimientos de estimación parecen adecuados para destacar la importancia del cuidado informal y su relevancia económica y social.

5. Tendencias futuras. Cambios demográficos y cambios en el cuidado

La prolongación de las tendencias conocidas hasta hoy suele conducir a escenarios alarmantes. Todo apunta a graves problemas para el futuro de los cuidados a las personas mayores dependientes.

Y es que las tendencias proyectadas afectan enormemente a los núcleos de la capacidad de cuidado: el peso demográfico de la vejez crecerá, el peso de las edades más avanzadas también aumentará entre las personas mayores, irán llegando a esa etapa nuevas generaciones con un número cada vez menor de hijos, el número de convivientes en el hogar también será menor, seguirá aumentando la actividad laboral de las mujeres adultas (las cuidadoras mayoritarias hasta ahora) reduciendo su disponibilidad para el cuidado, aumentará la distancia geográfica entre los parientes.

Se verán a continuación algunas de tales evidencias, pero, afortunadamente, la experiencia histórica hasta el presente nos dice que, a la vez que avanzan muchos de los cambios antes mencionados, se despliegan otros que pueden compensar sus efectos negativos para la capacidad general de nuestras sociedades para el cuidado. Por tanto, se expondrán también, acto seguido, signos de cambios futuros que dibujan un escenario muy diferente, mucho más esperanzador.

5.1. Algunos motivos de alarma

El peso demográfico de las personas mayores

Ya se ha visto que la evolución de la pirámide de población conduce inexorablemente a un grado aún mayor de envejecimiento demográfico (gráfico 2). Con todas las variaciones posibles respecto a las proyecciones del INE, es seguro que el número y la proporción de las personas en su etapa de vejez van a aumentar todavía notablemente. Se ha visto también que es en esas edades donde la discapacidad y la dependencia tienen una mayor presencia (gráfico 6).

Si la prevalencia de la discapacidad en cada edad se mantiene invariable (es decir, no hay mejoras), con más envejecimiento (y en especial con más envejecimiento de los ya mayores, los de 80 y más años), aumentará también el número y la proporción en conjunto de personas en necesidad de ayuda.

Paradójicamente, también los avances médicos y sanitarios podrían tener este efecto no deseado, si prolongan la vida de las personas de más edad, pero no retrasan también la aparición de la discapacidad. Hasta ahora no ha sido así, por la mejora en los tratamientos médicos, en los estilos de vida, en las tecnologías de asistencia, en la adecuación del entorno ¿Pero continuarán en el futuro esas mejoras?

El cambio de las formas de hogar y de convivencia

El indicador más simple de que las formas de convivencia están experimentando también una profunda transformación es la progresiva reducción del número medio de personas que viven en cada hogar. Esta reducción resulta, a la vez, de cambios en los comportamientos (descenso de la fecundidad, mayores posibilidades de vida independiente, mayor facilidad para la disolución de las parejas) y de cambios en la composición poblacional (especialmente la composición por edad: la mayor esperanza de vida incrementa también los hogares de personas con edad avanzada cuyos hijos ya se han emancipado).

También entre las personas mayores se produce esta combinación de factores, comportamiento y composición, para reducir el tamaño de los hogares (asimismo ha aumentado su capacidad de independencia domiciliar), pero en este caso se añade un factor demográfico fundamental: la creciente proporción de personas que alcanzan edades muy avanzadas y cuyos convivientes, especialmente sus cónyuges, han fallecido.

Es fácil concluir que esta tendencia general haría cada vez más difícil la vía mayoritaria y tradicional de prestar cuidados, la de la familia conviviente, todavía visible en el tamaño sensiblemente mayor de los hogares de las personas mayores con alto nivel de dependencia, hogares además generalmente más complejos y multigeneracionales.

Más personas sin hijos

A menudo se observa la disminución de la fecundidad general como si sólo resultase de una reducción del tamaño de las descendencias. Lo cierto es que también depende de la proporción de quienes no tienen hijo alguno, y éste es un dato generacional fundamental para predecir la sostenibilidad futura del patrón de cuidados actual (son hijos de la persona que recibe los cuidados prácticamente la mitad de los cuidadores principales, un 47%, con preponderancia clara de las hijas).

La infecundidad había sido máxima, casi del 20%, en las generaciones nacidas en la segunda década del siglo XX, tan afectadas por la guerra civil pocos años después, en su juventud. Por el contrario, en las cohortes nacidas entre 1920 y 1944, a pesar de mantenerse el descenso del número medio de hijos por mujer, la proporción de las que no tuvieron ninguno se redujo notablemente, hasta quedar en un 12%. Fueron generaciones en las que las descendencias se reducían, pero tanto la soltería como la infecundidad bajaban hasta mínimos, lo que explica el *baby boom* de los años sesenta y primeros setenta. Esas cohortes son las que ahora están en la primera vejez y tienen un extenso potencial de cuidado por parte de la familia.

Sin embargo, en las cohortes nacidas desde 1944 la proporción de mujeres sin hijos de nuevo ha crecido fuertemente. Las nacidas en los 60 (que ahora superan los 50 años y están ya fuera de la etapa fértil), y, más aún, las nacidas en los 70, casi alcanzan el 25% de mujeres sin hijos, y las proyecciones hacen pensar que podría rebasarse esa proporción en las generaciones inmediatamente posteriores, que llegarán a esas edades en los próximos lustros (no se puede cerrar el dato hasta que hayan completado esa etapa de la vida)¹⁵. A la vez que se duplica el número de personas mayores en lo que va de siglo, hasta 2040 probablemente se duplicará también el número de mujeres que cumplen 65 años sin haber tenido hijos.

Las tendencias demográficas, por tanto, conducen a un aumento de la brecha entre las necesidades de ayuda y la tradicional disponibilidad de respuesta o asistencia por parte de la descendencia. La cuestión del cuidado familiar será, en consecuencia, una cuestión clave en las políticas sociales venideras. El cuidador familiar necesita mayor visibilidad, como se pedía hace tres lustros en el *Informe España 2001* de la Fundación Encuentro¹⁶ para las personas en situación de dependencia, pero también es necesario integrar opciones para quienes no disponen de la misma red familiar.

¹⁵ Esteve, A., Devolder, D. y Domingo, A. (2016): "Childlessness in Sapin". *Perspectives démographiques*, n. 1.

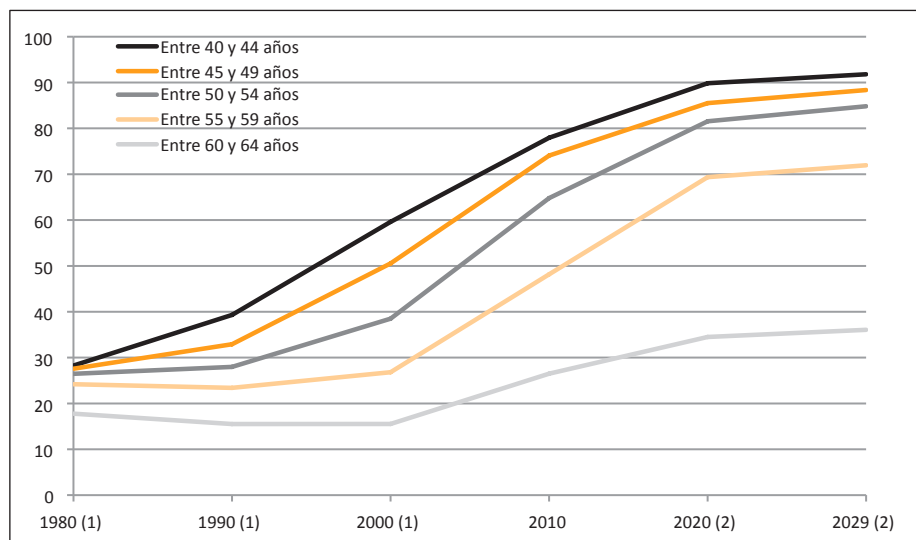
¹⁶ Abellán García, A. y Puga González, M. D. (2001): "La dependencia entre los mayores", en *Informe España 2001*. Madrid: Fundación Encuentro.

Más mujeres en el mercado laboral

En el patrón tradicional de cuidados juega un papel fundamental la mujer, generalmente hija, de edad madura, combinado habitualmente con una menor dedicación al trabajo extradoméstico, retroalimentando una notable diferencia general entre la actividad laboral femenina y masculina. Pero también esta relación entre los distintos tipos de trabajo está cambiando muy rápidamente y las sucesivas generaciones femeninas españolas, especialmente a partir de las nacidas en los años sesenta, superan a los hombres en años de estudios y han dejado de abandonar el “empleo de soltera” cuando forman pareja o tienen hijos. La gran asimetría de género en la manera de combinar el trabajo doméstico y extradoméstico está desapareciendo y esto se notará mucho en las próximas décadas en las edades maduras, a medida que las alcancen las generaciones de la integración plena e ininterrumpida, hasta la jubilación, en el mercado de trabajo.

Entre los años 2000 y 2029 la actividad laboral femenina entre 50 y 59 años (edades en las que se encuentra el grueso de las mujeres cuidadoras actuales) casi se duplicará (gráfico 27). De una mujer activa de cada tres (1980) pasaremos a más de ocho de cada diez (2029).

Gráfico 27 – Evolución de la tasa de actividad de las mujeres de 40 y más años por grupos de edad. 1980-2029



(1) Recalculadas con la nueva definición de desempleo de OIT-2000. (2) Proyecciones.

Fuente: elaboración propia a partir de INE, *Encuesta de Población Activa*, varios números; e INE (2016): *Proyecciones de tasas de actividad por grupos de edad y sexo. 2016-2029*.

Que las sucesivas generaciones femeninas iguallen a las masculinas en la dedicación a los estudios (de hecho, hoy los superan) y lleven camino de igualarlos también en su dedicación a la actividad laboral, no ha reducido hasta ahora la dedicación a los cuidados. En muchos casos éstos se mantienen, pero entonces es la sobrecarga de esfuerzo la que aumenta, con efectos que pueden ser perniciosos para la buena calidad de vida del cuidador, y también para la calidad de la atención que recibe la persona cuidada. Y conviene recordar que, a partir de ciertos umbrales en la severidad de las dependencias, el cuidador sí puede verse incluso imposibilitado para mantener su vida laboral, como se ha dicho.

Dispersión geográfica

Hasta ahora la proximidad entre miembros de la familia ha sido un elemento facilitador de las relaciones intergeneracionales, pues permite un elevado potencial de cuidados, mantener estrechos lazos familiares, siguiendo una tradición cultural, y crear una intimidad a distancia que permite autonomía e independencia. España ha destacado de hecho respecto a otros países europeos por una mayor proximidad de la familia; por ejemplo, en la encuesta SHARE de 2004, a los 80 años, la cifra de hijos que viven en casa o en el mismo edificio, es inferior al 6% en Suecia, Holanda o Dinamarca, pero en España alcanza el 41%¹⁷. Sin embargo, un menor número de hijos y una obligada dispersión geográfica, generalmente por motivos laborales, podría debilitar ese potencial de cuidado, y se añadiría una amenaza adicional a la lista de alarmas señaladas.

5.2. Cambios en el patrón futuro de cuidados

Acaban de enumerarse motivos diversos para una visión pesimista sobre la capacidad futura de la población española para prestar los cuidados que la dependencia requiere. En realidad, lo único que están diciendo es que el patrón tradicional no puede mantenerse. Su transformación ya es visible, aunque sólo sea porque la cantidad y calidad de los cuidados no sólo no se ha visto degradada hasta ahora, sino que ha mejorado sensiblemente.

Los factores de esta mejora son los siguientes:

- Mayor participación masculina en las tareas del cuidado.
- Aumento en el número de cuidadores secundarios.
- Desarrollo del cuidado formal.
- Crecimiento del voluntariado.

¹⁷ IMSERSO (2011): *Libro Blanco: Envejecimiento activo*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Mejora generacional en la capacidad económica de los dependientes o de sus parientes para derivar a terceros parte de los cuidados.
- Evolución legislativa (despliegue, aunque sea lento, de la protección estatal a la dependencia).
- Mejora colectiva en la adaptación del entorno (ergonomía, adaptación arquitectónica, ciudades amigables).
- Mejoras técnicas (tecnologías de la información y la comunicación, redes, teleasistencia, domótica).

Éstos son factores conocidos por amplias capas de nuestra sociedad. Pero existen otros tres estrictamente demográficos, de gran impacto y a los que apenas se ha prestado atención. En realidad, los tres tienen una imbricación conjunta que los convierte en indisociables:

1. La continuación de las mejoras en la supervivencia (ahora ya muy concentradas en las edades avanzadas) hacen cada vez más frecuente la vejez en pareja.
2. La forma más frecuente de hogar entre las personas mayores ya es la pareja sin otros convivientes.
3. El cuidador principal en la pareja de mayores nunca ha mostrado las diferencias tradicionales de género tan abultadas en el resto de hogares; en los de pareja, los hombres cuidan casi igual que las mujeres.

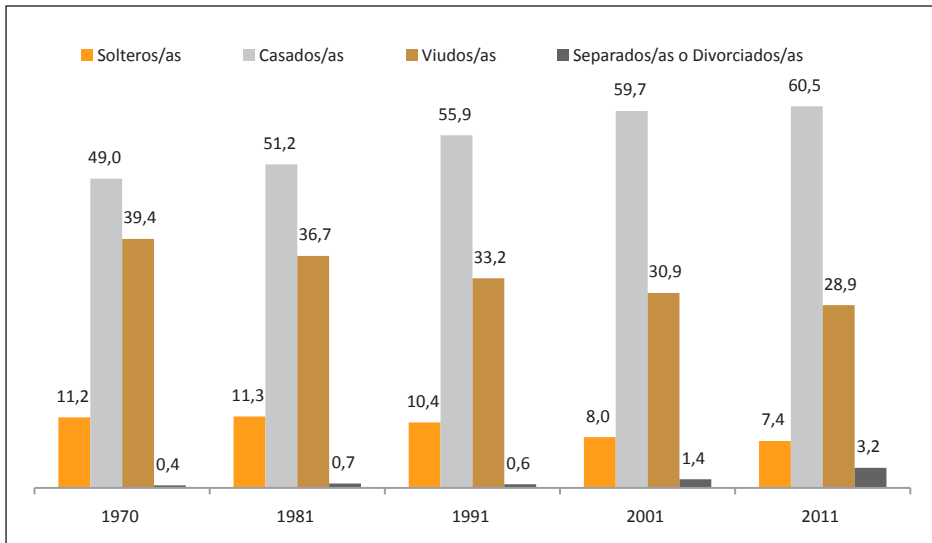
Dado el carácter altamente predecible de los cambios futuros relativos a estos tres condicionantes, vale la pena examinarlos con algún detalle.

La evolución de la supervivencia y sus efectos sobre la vejez

La supervivencia creciente hace posible una coexistencia más duradera en las parejas, a pesar del aumento de las separaciones o divorcios. Aumenta, por tanto, y mucho, el peso de las personas mayores casadas, especialmente en los grupos de mayor edad, y a costa del paralelo descenso de la viudedad. En 1971 eran el 49% de las personas de 65 y más años y en 2011 alcanzaban ya el 61% (gráfico 28).

Las consecuencias son múltiples, e incluyen el cambio que la viudedad ha experimentado tanto en el calendario vital de las personas como en el peso que tiene como estado civil. No hace muchas décadas se precipitaba y generalizaba en las edades maduras, y era el estado civil más común en la vejez, especialmente entre las mujeres. Hoy ese tránsito ha pasado a producirse más allá de los 65 años y sigue retrasándose a medida que crece la esperanza de vida de quienes consiguen sobrevivir hasta esa edad. La viudedad es hoy una transición propia de la vejez y cada vez más de una vejez

Gráfico 28 – Evolución de la población de 65 y más años por estado civil. En porcentaje. 1970-2011



Fuente: elaboración propia a partir de INE, *Censos de Población y Viviendas*, varios años.

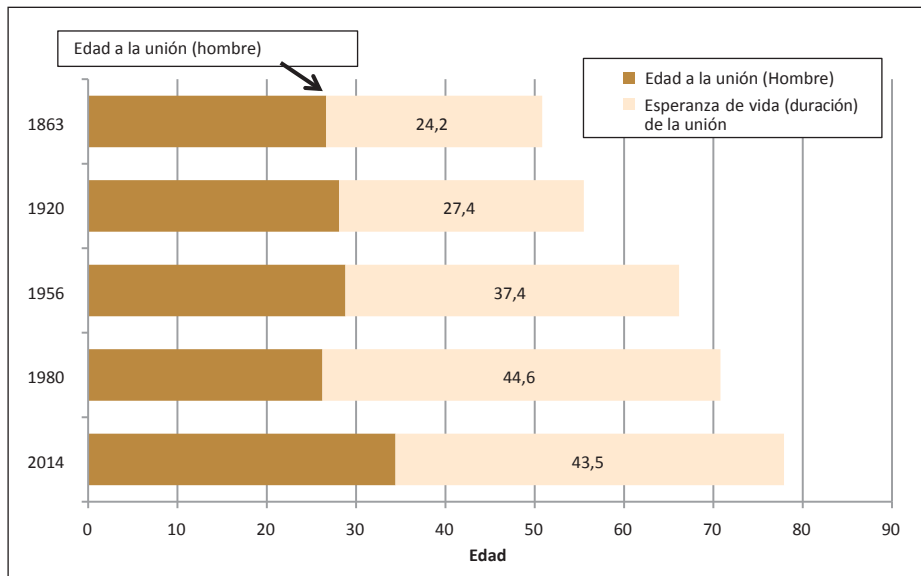
avanzada¹⁸. Como se vio en el gráfico 1, la vida media que les quedaba en 1900 a los muy escasos supervivientes de cada generación que alcanzaban esa edad era de apenas 9 años y en la actualidad supera los 20.

Otra dimensión de este cambio es cómo altera las diferencias de género respecto al tipo de estado civil y convivencia posible. Con las pautas anteriores a 1940, la simple mortalidad hacía imposible a más de la mitad de las uniones llegar juntas con vida a los 65 años del hombre (los hombres, además de tener una peor mortalidad, se habían casado de media con unos tres años más que su cónyuge). De hecho, con la mortalidad del momento más antiguo que podemos reproducir (1863), sólo el 18,7% de las uniones podía alcanzar con vida esa edad del hombre. Si los cálculos se hacen para la supervivencia femenina hasta esa edad, entonces la proporción es todavía menor, sólo el 13%. En el gráfico 29 puede verse el efecto de la simple mortalidad en la duración media teórica de las uniones desde aquel año, si se excluyen otros factores de disolución¹⁹. Es evidente que la

¹⁸ Goldman, N. y Lord, G. (1983): "Sex differences in life cycle measures of widowhood". *Demography*, vol. 20, n. 2, pp. 177-195. Spijker, J. (2011): "Viudedad en la España del siglo XX: la evolución histórica de la población viuda y sus determinantes demográficos". *Revista de Demografía Histórica*, XXIX, II, pp. 119-149.

¹⁹ Pérez Díaz, J., Pujol Rodríguez, R., Ramiro Fariñas, D. y Abellán García, A. (2016): "Mortalidad y duración potencial de las uniones". *Estadística Española*, vol. 58, n. 191, pp. 301-312. Se analiza el efecto de la mortalidad sobre la duración potencial de las uniones conyugales, en ausencia de otras causas de disolución, mediante un modelo de supervivencia de las uniones.

Gráfico 29 – Evolución de la edad a la unión y esperanza de vida de la misma, según las tablas de mortalidad del momento. 1863-2014



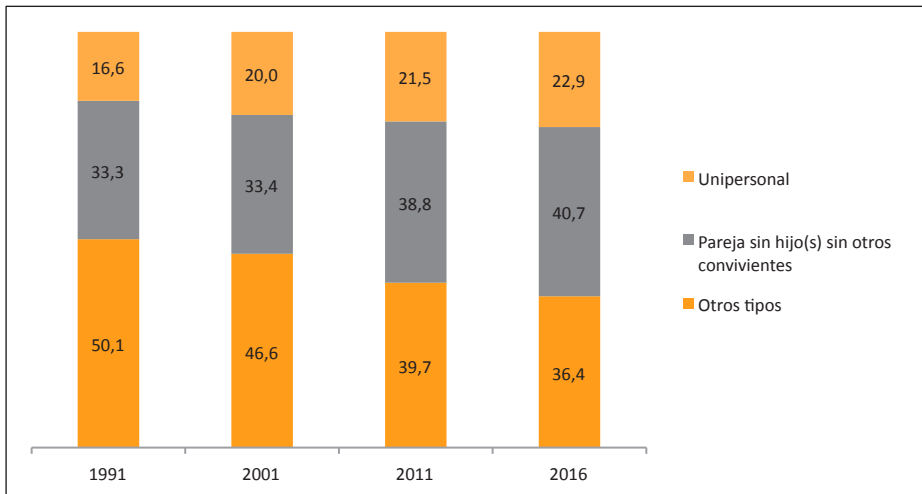
Fuente: Pérez Díaz, J. et al. (2016): "Mortalidad y duración potencial de las uniones". *Estadística Española*, vol. 58, n. 191, p. 301-312.

situación tradicional de la vejez en materia convivencial no estaba determinada únicamente por su pasado nupcial, los hijos que habían tenido o la emancipación de éstos; la mortalidad del cónyuge siempre fue un factor tan importante o más que todos los anteriores.

Los hogares de las personas mayores en el futuro

La mayor supervivencia, además de retrasar la viudedad y rebajar su primacía como estado civil femenino, conduce también a un cambio profundo en el tipo de hogares en los que residen las personas mayores. Se ha acentuado enormemente el peso de hogares formados por una pareja, que han acabado convertidos en mayoritarios, por encima incluso de los hogares unipersonales y haciendo descender todavía más el resto de tipos. Y estas tendencias se acentuarán aún más en el futuro, a medida que vayan haciéndose visibles los efectos de esta supervivencia en las sucesivas generaciones que alcanzan edades avanzadas, e incluso más si la mortalidad sigue retrocediendo como hasta ahora.

Gráfico 30 – Evolución del número de personas de 65 y más años según el tipo de hogar en el que residen. En porcentaje. 1991-2015



Fuente: elaboración propia a partir de INE, *Censos de Población y Viviendas, varios años*; e INE (2017): *Encuesta continua de hogares 2016*.

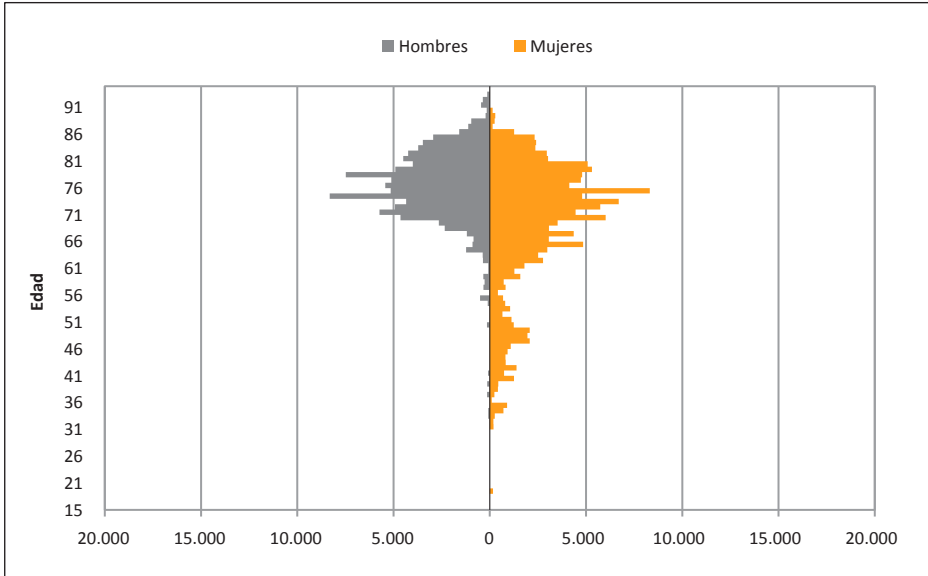
En el gráfico 30 puede comprobarse que los hogares solitarios y de pareja emergen gradualmente como predominantes entre las personas mayores. Si en 1991 todavía suponían menos de la mitad, en 2016 ya correspondían a casi dos tercios de las personas mayores, destacando además la rápida extensión de quienes viven sólo con su pareja, más del 40%.

Los hombres cuidadores en los hogares de pareja

En el gráfico 17 pudo comprobarse que la estructura por sexo y edad de quienes cuidan a personas mayores dependientes confirma la abrumadora y conocida preponderancia de la mujer y su perfil de edad madura. El grueso está entre 45 y 64 años y cuida, por lo general, a un progenitor o a otros miembros de la familia. Los cuidadores masculinos son muchos menos y, sobre todo, de más edad; una parte importante tiene más de 70 años, edades en las que su volumen es muy similar al de las cuidadoras.

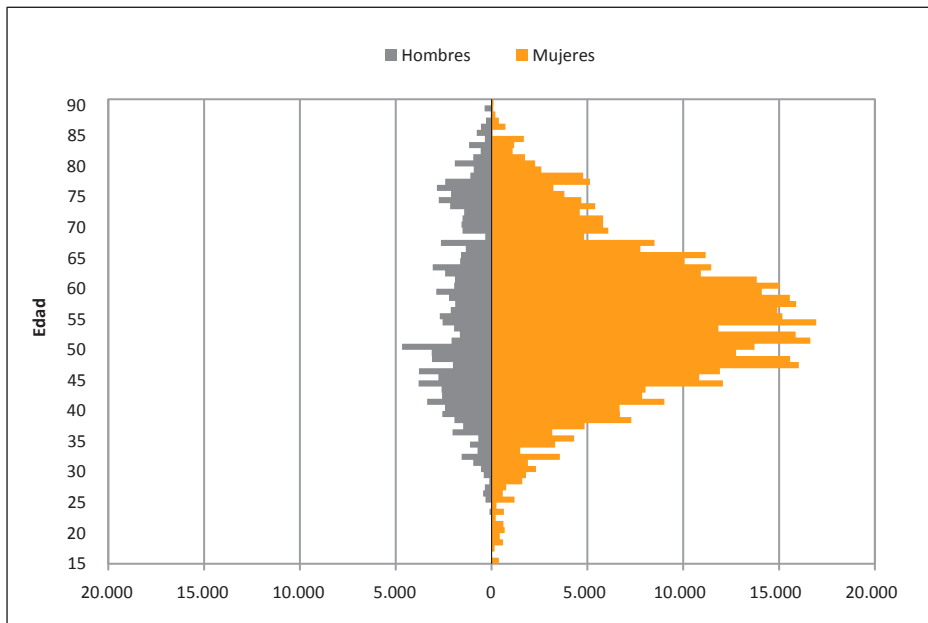
Pero resulta de gran interés descomponer esta pirámide, extrayendo de ella a los cuidadores que viven en un tipo muy particular de hogar, el de pareja sin otros convivientes, para dejar en otro gráfico al resto de cuidadores (gráficos 31 y 32). Obtenemos entonces dos imágenes realmente diferentes:

Gráfico 31 – Cuidadores principales de personas de 65 y más años que residen en hogares de pareja por sexo y edad. 2008



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

Gráfico 32 – Cuidadores principales de personas de 65 y más años que no residen en hogares de pareja por sexo y edad. 2008



Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

Se hace evidente ahora que el patrón cuidador general no se reproduce por igual en todos los tipos de hogares. La primacía femenina tiene una notable excepción cuando los receptores de cuidados residen en hogares de pareja, sin otros convivientes (gráfico 31). En este tipo de hogares, cuando debe atenderse al cónyuge dependiente, la identidad de los cuidadores no resulta apenas diferente en función del sexo del cuidador; sólo existe una pequeña proporción de cuidadores femeninos, más jóvenes, que (desde fuera) atienden a algún dependiente (hombre o mujer) en este tipo de hogar de pareja. De hecho, en las edades más avanzadas se produce incluso una ligera preponderancia de los cuidadores de sexo masculino. El gran desequilibrio de género que se acaba de observar en la pirámide general se debe, en su totalidad, al existente en el resto de formas de hogar, resto de mucho mayor tamaño, como es lógico.

La identidad de los propios cuidadores de las personas mayores que viven únicamente en pareja coincide precisamente con la de los cónyuges en tales parejas. Puesto que los microdatos de la EDAD permiten identificar la relación entre quienes cuidan y quienes reciben los cuidados, se ha podido comprobar que, en efecto, el 4% de los hombres son cuidadores de su esposa, mientras que el 3% de éstas cuidan a su marido.

De hecho, incluso en el resto de hogares (gráfico 32) todavía se incluye una cantidad relevante de hombres y mujeres casados y convivientes con sus parejas además de otras personas.

Todo esto sugiere un importante efecto de la edad sobre la intensidad no sólo de la necesidad de cuidados, sino también de la prestación de tales cuidados, efecto que no es lineal, ni afecta por igual a ambos sexos, puesto que se combina con las sucesivas etapas de la vida familiar y la configuración del hogar a lo largo del ciclo de vida. Se entiende así la tabla 3, en la que puede observarse, para el conjunto de los cuidadores de más de 54 años, cuál es la intensidad del cuidado y la relación con la persona que lo recibe.

Tabla 3 – Cuidadores según atiendan a su pareja o a otras personas por sexo y grupos de edad. 2008

	Población total	Cuidadores principales	% de cuidadores	Distribución de los cuidadores según a quién cuidan	
				% a pareja	% a otros
Hombres					
De 55 a 64 años	2.340.364	33.408	1,4	0,2	1,3
De 65 a 79 años	2.423.032	97.039	4,0	3,5	0,5
De 80 y más años	721.175	39.903	5,5	5,0	0,5
Mujeres					
De 55 a 64 años	2.478.584	197.485	8,0	0,9	7,1
De 65 a 79 años	2.942.208	174.784	5,9	3,6	2,3
De 80 y más años	1.272.310	39.501	3,1	2,0	1,1

Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

En primer lugar, la diferencia de género en la atención dada a la pareja es sorprendentemente escasa cuando los cuidadores ya han sobrepasado las edades laborales, frente a la imagen tradicional sobre la feminización de tales funciones. De hecho, es muy notable lo que ocurre en los 80 y más años, donde las mujeres son cuidadoras en una proporción mucho menor que los hombres (2% frente a 5%). Incluso en términos absolutos los cuidadores masculinos son algo más abundantes que los femeninos en tales edades, hecho éste inusitado habida cuenta de la gran diferencia en los efectivos totales, muy favorable a la mujer por su mayor esperanza de vida.

Por lo tanto, el modo en que la edad condiciona estas pautas es muy diferente, prácticamente opuesto, en las mujeres y en los hombres, en el conjunto de cuidadores. La proporción de cuidadoras en las edades “maduras”, muy elevado (8%), desciende después tanto entre las de 65-79 años como, aún más, entre las de 80 y más años. En cambio, la pauta masculina es la opuesta: su dedicación al cuidado es escasa entre los de 55-64 años, pero es creciente en los siguientes dos intervalos, alcanzando el 6% entre los de 80 y más años.

Si se observa qué parte de estos porcentajes se explica por el cuidado a la pareja, la clave explicativa se hace evidente: ambos sexos aumentan en la dedicación al cuidado del cónyuge cuando alcanzan la vejez, pero en ese tránsito las mujeres disminuyen en el cuidado a otros familiares, que era el preponderante en las edades anteriores. Entre los de 65 a 79 años el cuidado a otros familiares cae a una proporción más próxima a la del cuidado a la pareja (2,3% y 3,6%, respectivamente). En la vejez avanzada (80 y más años) ambas tendencias, opuestas, plasman la notable diferencia antes comentada: los hombres siguen creciendo en proporción de cuidadores, y lo hacen en la práctica totalidad por el cuidado a sus parejas, mientras las mujeres siguen disminuyendo en el cuidado a otras personas, pero ahora también en el de su pareja.

5.3. Igualdad entre hombres y mujeres en el cuidado futuro

Es fácil objetar, a las tendencias que acaban de verse, que los cuidadores de 65 y más años no son ni remotamente el grueso de las personas que atienden a la dependencia en nuestro país. Pero esto va a cambiar en virtud de las tendencias apuntadas, de previsibilidad notable a partir de las simples herramientas de análisis disponibles en demografía.

De hecho, resulta útil retomar aquí una distinción típica del análisis poblacional: en cualquier modificación histórica de los grandes indicadores demográficos siempre concurren y se solapan dos motivos diferentes: a) cambios en el comportamiento de las personas y b) cambios en la

composición (o estructura) poblacional, por mucho que unos y otros estén conectados y se influyan mutuamente.

Con esta distinción es mucho más fácil entender la reducción del tamaño medio de los hogares españoles, o el modo en que está cambiando su tipología. Cabe distinguir entonces el efecto de la “modernización” de los comportamientos (conyugales, familiares o convivenciales), del efecto que está teniendo en esos y muchos otros indicadores sociales el simple cambio en la pirámide de población. No es necesario que aumente la tendencia juvenil a emanciparse y vivir de manera independiente (de hecho, no está ocurriendo tal cosa) o que las parejas retrasen cada vez más el momento de tener hijos (ese sí es un cambio real de comportamiento), para que la proporción de personas que viven solas o en hogares sólo de pareja aumente en nuestro país, reduciendo el tamaño medio de los hogares.

Lo mismo puede decirse de los cambios de género. Es corriente atribuir la distribución social de roles de género exclusivamente a determinaciones culturales o ideológicas, valores, tradiciones o preferencias, de manera que la vía para cambiar esa distribución parece limitarse al activismo y al cambio político, ideológico o cultural. Existe además una extendida convicción de que el familismo tradicional caracteriza la distribución de roles en España. Pero tales factores no sólo son cambiantes en términos históricos, sino que están muy determinados por la etapa de la vida familiar y por las formas de convivencia.

Se ha comprobado que, entre quienes tienen 65 o más años, los hombres cuidadores aumentan. En realidad, si lo observado es estrictamente el rol cuidador entre quienes conviven en pareja sin otras personas, los hombres cuidan de sus parejas con la misma probabilidad que las mujeres en ese tipo de hogares (más que ellas, incluso, a medida que la edad es más elevada). Añádase –es un hecho crucial– que en ello no se han producido demasiados cambios históricos, al menos en las fuentes estadísticas disponibles. Lo que ha cambiado es que en el pasado su peso demográfico era prácticamente residual y ahora empieza a ser muy importante.

Este tipo de hogar es propio de la etapa final de la vida, cuando las formas de hogar con más tamaño, propias de la etapa reproductiva, van reduciéndose con la emancipación de los hijos. Sin embargo, como ya se ha visto antes (véase el gráfico 28), las parejas que alcanzaban juntas la vejez han sido pocas debido a la escasa probabilidad de que ambos sobreviviesen hasta ese momento (especialmente los hombres, con una mortalidad siempre superior a la femenina). Este factor se unía a la escasez de medios y recursos suficientes, de modo que los mayores han seguido viviendo con sus descendientes en gran medida hasta no hace mucho.

En definitiva, estamos sugiriendo que en el futuro inmediato asistiremos a una notable “feminización” de los hombres de más edad, al menos en cuanto al cuidado de su pareja. A una afirmación de tal envergadura cabe objetar que resulta injusto equiparar las tareas de los cuidadores masculinos con las de las mujeres, porque hasta ahora las tareas más duras han recaído siempre en éstas. Pero conviene también revisar esta última diferencia a tenor de las nuevas tendencias²⁰.

Las causas de la elevada proporción de hombres cuidadores en los hogares de pareja sin otros convivientes, superiores incluso a las femeninas, pueden ser muy diversas. Los maridos mueren a menudo antes que sus esposas, pero hay pruebas de que los hombres mueren con mayor frecuencia sin haber necesitado atenciones de cuidado, o lo han recibido durante menos tiempo, como se dijo más arriba, o con menor gravedad e intensidad que las mujeres. Cuando las mujeres son atendidas por su marido el cuidado puede tener mayor duración en el tiempo. Todavía es incierto saber si esto afecta a la prestación de cuidados reportados, pero puede tener un impacto en los volúmenes de cuidado, lo que merecería un estudio de detalle.

Las diferencias tradicionales de cuidado entre hombres y mujeres estaban en buena parte condicionadas por la desigual edad entre los esposos. El cuidado en las edades maduras, mayoritarias, refleja también la mayor edad del receptor, asociada a un mayor riesgo de discapacidad, y no únicamente los roles de género tradicionales. Hay pocas parejas con grandes diferencias de edad en la muestra que se ha manejado aquí, pero la diferencia de edad entre cónyuges en España es más grande cuando el hombre recibe la atención en estos hogares de pareja que a la inversa (tabla 4). Es mayor la probabilidad de que el miembro más joven de la pareja cuide del más viejo, independientemente de su sexo.

Tabla 4 – Diferencia de edad entre hombre y mujer en los hogares de pareja, según la situación de discapacidad o dependencia de cada uno. 2008

		Hombres	Mujeres	Diferencia entre hombres y mujeres
Todos (con o sin dependencia)		74,3	73,0	1,3
Hombre dependiente	Mujer sin discapacidad	77,6	72,2	5,4
Hombre sin discapacidad	Mujer dependiente	73,6	75,7	-2,1
Ayuda sólo desde dentro del hogar				
Hombre dependiente	Mujer sin discapacidad	77,3	72,2	5,1
Hombre sin discapacidad	Mujer dependiente	73,6	75,4	-1,8

Fuente: elaboración propia a partir de INE (2008): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*.

²⁰ Abellán, A., Pérez, J., Pujol, R., Sundström, G., Jegermalm, M. y Malmberg, B. (2017): “Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Sweden”. *International Journal of Ageing and Later Life*, 11(1), pp. 69-89.

De ser cierta la progresiva equiparación del cuidado entre hombres y mujeres en la vejez, impulsada por el creciente peso de los hogares de pareja sin otros convivientes, afectaría al diseño actual de las políticas sociales. Los servicios sociales normalmente intervienen en casos de personas mayores frágiles que viven solas, aunque todavía es común que las personas en esa situación de salud convivan en hogares complejos con sus familiares. Puesto que los hogares de pareja llevan camino de convertirse en la norma y la convivencia es posible hasta una edad cada vez más avanzada, la atención formal y pública a las personas dependientes debería ser revisada consecuentemente, para no dejar cada vez más desatendidas situaciones graves encubiertas por producirse en personas con compañía y cuya salud podría verse arrastrada por las necesidades de atención a su pareja.

En resumen, los datos sugieren que la prestación de cuidados a personas con discapacidad y de edad avanzada, tradicionalmente ejercida por mujeres de edad madura, se está desplazando hacia personas cada vez más mayores y de forma igualitaria entre ambos sexos.

Esta tendencia se ve sólidamente impulsada por cambios estructurales de largo alcance en las formas de convivencia, duración de la vida, composición por edades, evolución de la salud, la discapacidad y las necesidades de atención, cambios todos ellos que impulsan un aumento en el peso de los hogares de pareja sin otros convivientes en la vejez. Además, se les unen factores comportamentales, culturales, sociales y económicos en materia de educación, comportamiento reproductivo y nuevos estilos de vida de las nuevas generaciones de “jóvenes” entre las personas mayores. Los cambios tecnológicos, la urbanización, mejores viviendas y servicios sociales facilitan que puedan vivir la vejez solas o con sólo su pareja. Todo ello lleva a predecir una mayor igualdad entre hombres y mujeres en el cuidado futuro.