

El cuidado a los mayores en un contexto de envejecimiento y cambio social, político y económico

JEROEN SPIJKER Y PILAR ZUERAS*

RESUMEN*

Analizamos la cobertura de cuidados de la población mayor de 64 años con necesidad asistencial y su fuente de provisión, distinguiendo el cuidado formal e informal, ya sea provisto desde dentro o desde fuera del hogar. Partimos de la hipótesis de que a pesar de las transformaciones sociales y políticas hacia una sociedad con más igualdad de género que incluye el desafío del sistema tradicional y feminizado del cuidado, los patrones de cuidado a los mayores dependientes en España han cambiado muy poco desde el comienzo de este siglo, recayendo principalmente en manos de la familia.

longevidad y una baja tasa de fecundidad, suponen retos en diversas esferas sociales y políticas, entre ellas la provisión de cuidado de larga duración a las personas mayores con necesidades asistenciales. Este aspecto es de particular interés en España, donde el sistema de bienestar tiene una cobertura limitada, que además se ha visto recortada a raíz de la crisis económica, y donde la responsabilidad del cuidado de las personas dependientes y los mayores recae, en gran medida, sobre la familia y, en la práctica, sobre sus miembros femeninos.

1. INTRODUCCIÓN

Las actuales dinámicas demográficas que experimentan tanto España como numerosos países occidentales, que conjugan una creciente

Debe plantearse, por tanto, el reto que supone el desequilibrio entre un previsible aumento de la demanda de cuidados a los mayores y la disminución de su red de parientes si no se producen cambios efectivos en la organización y provisión del cuidado de larga duración. En un lado de la balanza se sitúa la demanda de cuidados, resultado de las dinámicas demográficas y de las tendencias de salud y discapacidad y, en el otro lado, la disponibilidad de parientes, en la que, además de las dinámicas demográficas, entran en juego cambios sociales, como el incremento de la participación laboral femenina y de la tasa de divorcio.

La Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia) pretendía dar respuesta a la necesidad social de reestruc-

* Centre d'Estudis Demogràfics, Barcelona (jspijker@ced.uab.es; pzueras@ced.uab.es).

Este trabajo se ha realizado en el marco de los proyectos "¿Con quién viviré y quién me cuidará? Determinantes actuales y futuros de las pautas de convivencia y de dependencia de la población mayor" (CSO2014-60113-R) y "Acicates en la prolongación de la vida laboral: salud, formación y formas de convivencia" (CSO2013-48042-R), financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad. Además, Jeroen Spijker es investigador en el marco del programa Ramón y Cajal (RYC-2013-14851).

turar la organización de la atención a las personas dependientes en un escenario de cambio familiar y social. Aunque su implementación ha sido limitada respecto a sus objetivos iniciales, al verse afectada por la recesión económica que se desencadenó poco después de su entrada en vigor, sin duda, ha supuesto avances.

En este contexto, el objetivo del artículo es examinar si ha habido un proceso de externalización del cuidado de la familia a través del análisis de dos aspectos principales de la atención personal a los mayores con discapacidad: la satisfacción de la necesidad de cuidados en función de la discapacidad y la estructura del hogar de la persona que requiere de asistencia; y la organización del cuidado formal e informal y la participación de la familia en el cuidado de sus mayores.

Para alcanzar este objetivo analítico utilizaremos distintas fuentes de datos: la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (EDDES 1999), la *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*, realizada en 2008 (EDAD 2008) –ambas elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE)–, y dos de las cinco oleadas de la *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE 2006 y 2013). Todos los datos se refieren únicamente a la población mayor de 65 años con discapacidad y residente en hogares, dejando fuera de observación a la población institucionalizada. La naturaleza de las fuentes es diversa y no permite una comparación entre las dos ediciones de las encuestas de discapacidad y la SHARE. Los datos de EDDES y EDAD ofrecen información sobre la recepción de cuidados e identifican al cuidador principal que los provee, mientras que los datos de SHARE facilitan información sobre la recepción de cuidados y sobre la participación en la asistencia de todas las fuentes de cuidado que proveen atención personal, considerando la participación del cuidado informal, ya sea desde el interior o el exterior del hogar, y del cuidado formal. Así, aunque no sean comparables entre ellas, su análisis nos permite averiguar si ha habido un proceso de externalización de los cuidados desde el interior de la familia y del hogar. El análisis de las encuestas de discapacidad posibilita la identificación de los posibles cambios en la cobertura, provisión de cuidados y participación de la familia tras un año de implantación de la Ley de Dependencia, y el análisis de las dos ediciones de SHARE ofrece la posibilidad de estudiar la distribución de los patrones de cui-

dado y su reciente evolución desde un año antes de hacerse efectiva la ley.

2. UNA CRECIENTE DEMANDA DE CUIDADOS EN UN ESCENARIO DE CAMBIO DEMOGRÁFICO, FAMILIAR Y SOCIAL

Los aspectos que configuran la demanda de cuidados son el aumento de la longevidad y el tamaño de las generaciones que alcanzan las edades avanzadas, en las que aumenta la probabilidad de necesitar ayuda para el funcionamiento en la vida cotidiana, así como la prevalencia de discapacidad y su severidad. La proporción de personas mayores sin discapacidad, definida como la dificultad para realizar actividades de la vida diaria instrumentales (AIVD) y básicas (ABVD), disminuye con la edad, de manera que aproximadamente una de cada tres personas en el umbral de los 80 años manifiesta alguna discapacidad (Abellán *et al.*, 2015)¹. Actualmente la población que está a punto de alcanzar esas edades pertenece a las generaciones que nacieron durante la Guerra Civil española, cohortes menos numerosas que las que les precedieron y las que les sucedieron. El volumen de población anciana crecerá sustancialmente cuando las generaciones nacidas entre 1960 y 1975 lleguen a engrosar ese grupo de edad. Para eso quedan aún 30 años y las características de esas generaciones de mayores serán distintas de las de las generaciones que hoy viven su vejez: habrán disfrutado de mejores condiciones de vida desde su infancia y se habrán beneficiado de la expansión educativa y de las mejoras de protección social y sanitarias.

Estas mejoras se ven muy bien reflejadas en el aumento de la supervivencia y la esperanza de vida experimentado en los últimos cien años, y a cualquier edad. Por ejemplo, en 1919, año en que entró en vigor la primera ley de jubilación que establecía la edad de retiro en 65 años –que no se ha modificado hasta recientemente–, la probabilidad promedio de sobrevivir desde el nacimiento hasta esa edad era del 32 por ciento, mientras que actualmente (2013) es del 90 por ciento (algo superior para las mujeres y algo infe-

¹ Según datos de 1999 y 2008 para población residente en hogares; no incluye, por tanto, población que vive en residencias u otras instituciones.

rior para los hombres). En este período, la esperanza de vida al nacer ha aumentado para las mujeres de 42,3 a 85,6 años, y para los hombres de 39,9 a 80,0 años, posicionando a España como segundo país del mundo (tras Japón) con mayor esperanza de vida (HMD, 2016; INE, 2016; OMS, 2016). Aunque a principios del siglo XX las mejoras fueron causadas por la reducción de la mortalidad infantil y juvenil, a partir de la década de los setenta se asistió a un significativo e inesperado avance en la supervivencia de la población caracterizado por el rápido descenso de la mortalidad en la población anciana y la progresiva concentración de las ganancias de esperanza de vida en edades cada vez más avanzadas, propiciado por el descenso de mortalidad cardiovascular y de las enfermedades crónicas (Olshansky y Ault, 1986; Blanes, 2007; García González, 2014). Como consecuencia, la esperanza de vida a la edad de 65 años prácticamente se había doblado en 2013, rozando los 23 años para las mujeres y alcanzando 19,0 años para los hombres, comparado con 10,4 y 10,0 años respectivamente en 1919. Sin embargo, no hay evidencia clara de que el aumento de la esperanza de vida de la población mayor haya venido acompañada de un aumento proporcional en los años de vida sin discapacidad (EHLEIS, 2015; Abellán *et al.*, 2015).

La discapacidad se refiere a la dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, que se pueden considerar en dos categorías: las actividades básicas y las instrumentales. La limitación para realizar las actividades básicas, o de autocuidado, necesarias para la supervivencia (comer, levantarse y acostarse, lavarse, vestirse, el control urinario y fecal, y desplazarse dentro de la vivienda) supone una mayor dependencia y precisa de una atención con mayor presencia y dedicación horaria que la necesidad de ayuda para las actividades instrumentales (por ejemplo, preparar la comida, hacer la compra y las tareas domésticas, utilizar el transporte público, etcétera). De acuerdo con el reciente estudio de Abellán *et al.* (2015), a pesar de una ligera mejora de la discapacidad menos grave (la que afecta a las actividades instrumentales, y entre una y dos actividades básicas), la prevalencia de la discapacidad en los mayores de 65 años aumentó entre 1999 y 2008 debido al sobrevejecimiento de la población mayor, mostrando una menor prevalencia antes de los 80 años y un aumento a partir de los 88 años. En concreto, respecto a 1999, en 2008 la discapacidad que afecta las actividades instrumentales desciende a todas las edades y la

prevalencia de discapacidad en una o dos actividades básicas es menor hasta el umbral de los 85 años. Sin embargo, la prevalencia de discapacidad más severa, que acumula dificultad para realizar entre tres y seis actividades básicas, es ligeramente superior para la población menor de 80 años y más importante entre los de más edad, y especialmente entre las personas mayores de 90 años, nacidas antes de 1918 (Abellán *et al.*, 2015).

Estas tendencias demográficas y de discapacidad sugieren que, a corto plazo, la demanda de cuidados crecerá debido a un incremento del número de personas que alcancen edades avanzadas y del aumento de la proporción de personas entre los más ancianos que acumulan discapacidad severa relativa al autocuidado, que requiere, además, de una atención personal intensa. La provisión de estos cuidados puede proceder de fuentes formales (servicios profesionales públicos o privados) o informales, que se pueden también complementar. En España, el peso de los cuidados informales, generalmente provistos en el entorno familiar, ha sido muy importante (IMERSO, 2005). Por ello son relevantes los cambios familiares que inciden en la disponibilidad de parientes, y en particular descendientes, potencialmente responsables del cuidado de los familiares ancianos dependientes.

La reducción de miembros de la familia, fruto de la disminución del número de hijos que tienen las mujeres y de la creciente proporción de mujeres que no tienen ninguno puede poner en riesgo el actual sistema de cuidados. El cambio es sustutivo, como veremos. Las mujeres nacidas entre 1930 y 1945, que hoy cuentan con edades comprendidas entre los 70 y los 85 años, fueron las que protagonizaron el *baby boom*: tuvieron de media 2,5 hijos y solo poco más del 10 por ciento de ellas no tuvo descendencia; en cambio, las que nacieron después de los años sesenta han ido reduciendo progresivamente su fecundidad por debajo de 1,7 hijos por mujer, mientras aumentaba de forma abrumadora la proporción de la infecundidad: una de cada cuatro mujeres nacidas en 1970 no tiene hijos (Devolder, 2015). De manera que mientras los mayores que hoy en día se encuentran en el umbral de edad en el que empiezan a aparecer problemas de salud o discapacidad que requieren de cuidados disponen de una mayor red familiar de descendientes, sus hijos, las generaciones más llenas, nacidas entre 1960 y 1975 –que tendrán entre

70 y 85 años en 2045– contarán con una red familiar sustancialmente más pequeña en su vejez, y muchos de ellos no habrán tenido descendencia, y ni siquiera vivirán en pareja. Este descenso de fecundidad ocurrió, además, durante un periodo de modernización social en que se legalizó el divorcio y aumentó el número de familias monoparentales. Estas transformaciones demográficas son especialmente relevantes en los países del sur de Europa, donde el apoyo a los mayores se fundamenta, no solo social sino también institucionalmente, en la red familiar, y donde el alcance de los servicios públicos de cuidado es reducido (Albertini y Mencarini, 2014).

Finalmente, cabe destacar el aumento de participación laboral protagonizado por las sucesivas generaciones de mujeres que, a pesar de las recesiones económicas sufridas durante los últimos cuarenta años, no han dejado de incorporarse cada vez en mayor proporción al mercado laboral. Esa tendencia es parte de un cambio social hacia una sociedad con más igualdad de género que incluye el desafío del sistema tradicional y feminizado del cuidado. Sin embargo, la conciliación entre el trabajo productivo y el cuidado, a menudo en combinación con el cuidado de la propia familia, puede ser difícil. Por ejemplo, en 2008 había más de un millón de cuidadores informales de personas de 65 o más años, y uno de cada cinco declaraba que las exigencias del trabajo de cuidado le impedían trabajar fuera de casa. A pesar de variaciones regionales, en términos generales las mujeres eran las prestadoras de tres de cada cuatro horas de los cuidados informales provistos a las personas mayores, cuyo valor monetario se estimaba entre un 2,29 por ciento y un 3,79 por ciento del PIB de 2008 (Oliva *et al.*, 2011).

3. HACIA UN CAMBIO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La masiva incorporación de la mujer al mercado laboral, conjuntamente con las transformaciones asociadas a los cambios del modelo familiar y de convivencia, impulsaron la revisión por parte del primer Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero del sistema de atención a las personas con dependencia en España. La Ley de Dependencia, que entró en vigor el 1 de enero de 2007, representó un paso importante hacia el desarrollo de un nuevo sistema de cuidados al

promover la autonomía personal y la atención de las personas que dependen de los demás como resultado de las limitaciones físicas y/o mentales, reconociendo el carácter universal de las prestaciones y el derecho a acceder a ellas en igualdad de condiciones para todas las personas mayores o con discapacidad que necesitan ayuda para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (Martínez-Buján, 2011). Esto implicaba garantizar una cantidad adecuada de recursos y servicios, incluyendo la prevención y la promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche y centros residenciales para satisfacer la creciente demanda como consecuencia del envejecimiento de la población.

Este nuevo sistema de cuidado, llamado el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), también fue diseñado para reducir la carga de los familiares que asumen el papel de cuidador principal. En la medida en que estos cuidadores son predominantemente mujeres, la aplicación de la Ley suponía también un paso adelante para reducir las diferencias de género, tanto en el ámbito personal como en el empleo, ya que podía facilitar el empleo (a tiempo completo) de las mujeres con algún familiar con necesidades asistenciales. En la práctica, la implementación de la Ley no parece haber contribuido a externalizar el cuidado del entorno familiar, ya que la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (recogida en el artículo 14.4) supone casi la mitad de las prestaciones otorgadas a los beneficiarios (Correa y Jiménez-Aguilera, 2016). Sin duda, esta medida ha contribuido a dignificar el trabajo de algunas cuidadoras que no participaban en el mercado laboral, pero su carácter excepcional se ha extendido mucho más de lo que preveía la Ley.

Si bien la prestación de servicios de atención a las personas dependientes aún se consideraba una responsabilidad familiar, limitándose las administraciones públicas a proporcionar servicios de cuidados de larga duración solo a las personas con un alto grado de dependencia y cuando los ingresos de la familia fueran insuficientes para proporcionar dicha atención, el desarrollo del SAAD constituyó una mejora. Como era de esperar, la demanda inicial fue abrumadora: miles de personas necesitaban recursos para poder hacer frente a su pérdida de autonomía. Se podría decir que, durante al menos los

primeros tres años, la mayoría de las necesidades se cubrían con los diferentes servicios que se ofrecían (el número de beneficiarios a 1 de enero de 2012 superaba los 750.000; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Sin embargo, en 2012, cuando la crisis económica se intensificó, el Gobierno central introdujo ajustes muy severos en el SAAD como una manera de reducir el gasto público y avanzar en el cumplimiento de los objetivos de consolidación fiscal. Estos recortes dieron lugar a un menor número de solicitudes presentadas, evaluadas y aceptadas, así como a una disminución del número de personas consideradas con el más alto nivel de dependencia (Genaro, 2014). La transferencia nuevamente de la carga del cuidado a las personas dependientes y sus familias también implicaba una refamiliarización y reprivatización de lo que se había logrado durante los cinco años anteriores (Rodríguez Cabrero, 2007). En definitiva, el devenir de la crisis frenó los avances que introducía el SAAD hacia un nuevo sistema de cuidados, obligando a unos ajustes que operan en sentido contrario a las tendencias demográficas en curso.

4. ¿HACIA UN CAMBIO EN EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA ARTICULACIÓN DEL CUIDADO?

La demanda de cuidados debe tener en cuenta no solo el volumen de personas con necesidad asistencial, sino también el nivel de discapacidad o dependencia que presentan, pues en función de este requerirán de una atención más o menos intensa, siendo la ayuda para las ABVD la que mayor presencialidad e intensidad exigen. Como hemos anunciado, las fuentes que utilizamos contienen distinta información y abordan la medición de la discapacidad de manera diferente. Con la finalidad de distinguir una demanda de cuidado más exigente y al mismo tiempo poder comparar entre encuestas, hemos simplificado en dos categorías las medidas de discapacidad, considerando tanto el tipo de actividades de la vida cotidiana para cuya realización los entrevistados manifiestan una dificultad como la acumulación de discapacidad para varias actividades de autocuidado. La primera categoría de discapacidad distingue a las personas que declaran dificultad para llevar a cabo las AIVD y/o una ABVD; la segunda, a las que manifiestan dificultad en al-

menos dos de las ABVD consideradas². Cuando el tamaño muestral de la encuesta lo permite, también distinguimos entre hombres y mujeres, y entre grupos de edad, analizando los mayores más jóvenes (65-79 años) y los más ancianos (80 o más años). Como se puede observar en el gráfico 1, EDDES y EDAD presentan un nivel de dependencia para AIVD o una ABVD más bajo que SHARE, además con una ligera mejora entre 1999 y 2008 para las edades de 65-79. Por otro lado, la comparabilidad entre las fuentes parece más consistente en cuanto a la categoría más severa de dependencia. Según los resultados, un 6 por ciento de la población entre 65 y 79 años tenía alguna dependencia para dos o más ABVD en 1999, aumentando a 8 por ciento en 2008, igual proporción que en 2013. Entre la población de 80 o más años dicha proporción creció más claramente, del 23 por ciento en 1999 al 29 por ciento en 2013 (también si consideramos por separado las encuestas EDDES y EDAD y las dos ediciones de SHARE). Cabe recordar que a lo largo de este artículo nos referimos a la población residente en hogares, es decir, que la población institucionalizada, que presumiblemente presenta un mayor nivel de discapacidad y dependencia, no está contemplada en los resultados.

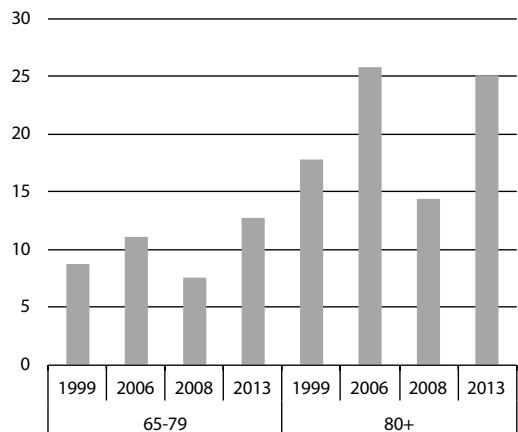
Examinamos, a continuación, la evolución de los cuidados entre 1999 y 2008, un año después de entrar en vigor la Ley de Dependencia, esperando observar una mayor cobertura asistencial y signos de externalización del cuidado provisto por la familia. En línea con los resultados del reciente estudio de Abellán *et al.* (2015), el cuadro 1 muestra que no solamente la prevalencia de dependencia para llevar a cabo las AIVD o una ABVD disminuyó ligeramente para ambos sexos y grupos de edad (a diferencia del gráfico 1, proporcionamos aquí los resultados por sexo), sino también la cobertura de cuidado. Sin embargo, llama la atención que, en cada grupo de edad, los mayores de más edad y las mujeres reciben cuidado personal en mayor proporción (por ejemplo, 71 por ciento de los hombres y 76 por ciento de las mujeres de 80 o más años

² Las encuestas utilizadas recogen información sobre la dificultad para llevar a cabo alguna de las siguientes actividades cotidianas por problemas físicos, mentales, emocionales o de memoria. Se han considerado seis ABVD (vestirse, andar por una habitación, bañarse o ducharse, comer, levantarse o acostarse y usar el aseo/control de esfínteres) y tres AIVD (preparar la comida, hacer la compra y hacer las tareas de casa). Las encuestas EDDES y EDAD disponen, además, de información sobre el nivel de severidad en la dificultad para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, como dicha información no se preguntó en la encuesta SHARE, no la analizamos aquí.

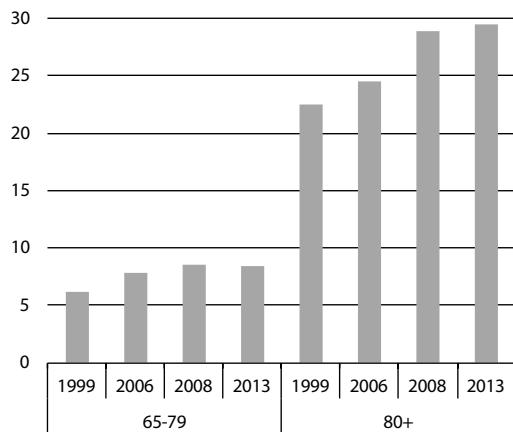
GRÁFICO 1

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN MAYOR CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD), POR EDAD (SEGÚN FUENTES Y MOMENTOS DIFERENTES)

Porcentaje con alguna dependencia para AIVD o 1 ABVD



Porcentaje con alguna dependencia para 2+ ABVD



Fuentes: EDDES (1999), EDAD (2008) y SHARE (2006 y 2013).

en 2008). En cambio, la cobertura asistencial de aquellos que tienen dificultades para llevar a cabo dos o más ABVD es similar en 2008 y en 1999, a pesar del aumento en la prevalencia en este nivel de dependencia (por ejemplo, en 2008, entre el grupo de los mayores de 80 años, casi un 20 por ciento de los hombres y un 34 por ciento de las mujeres tenían dificultades para realizar dos o más ABVD, pero, respectivamente, el 89 por ciento y el 92 por ciento recibieron ayuda personal).

¿Quiénes proporcionan este cuidado? Las encuestas de discapacidad EDDES (1999) y EDAD (2008) aportan información sobre la recepción de cuidados personales e instan al entrevistado a identificar a una persona como cuidador principal. Se debe mencionar que, de los mayores que reciben asistencia personal, alrededor de un 9 por ciento en 1999 y de un 18 por ciento en 2008 no identifican a un cuidador principal. Sin embargo, cuanto más severa es la dependencia y más edad tiene la persona, más probable es que se identifique a quien procura el cuidado principal (por ejemplo, no identifican a la persona cuidadora solo un 5 por ciento de los hombres mayores de 80 años y un 6 por ciento de las mujeres con alguna dependencia en dos o más ABVD, frente a 60 por ciento de las mujeres de 65-79 años con alguna discapacidad no cualificada como una

dependencia). El hecho que la relación entre cuidador y receptor no siempre resulte captada por la encuesta puede deberse a diversos motivos: que la persona reciba asistencia profesional, del servicio público o privado; que el cuidado no siempre sea provisto por el mismo individuo; que reciba cuidado informal de diversas personas que se turnan para atenderla en momentos diferentes, o de diversas fuentes (informal y formal) de manera complementaria. Esto podría ser el porqué del mayor porcentaje observado en 2008, poco después de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, que financió ayudas a domicilio.

Según nuestros resultados, las personas que vivían solas en 1999 fueron las que menor cobertura de cuidados presentaban, una situación que empeoró en 2008 (cuadro 2). A pesar de su necesidad, hasta el 44 por ciento de las personas con dificultades para dos o más ABVD carecía de cuidados. Tampoco era muy elevada la cobertura entre las personas que vivían solas con su pareja y tenían dependencias instrumentales o en una ABVD. En cambio, aquellas que vivían en otros hogares con su pareja y/o hijos (pareja con hijos, monoparental y otros hogares donde conviven con el cónyuge o un hijo) tenían generalmente mejor cubierta su necesidad asistencial en 1999 y 2008, con pocos cambios entre los dos

CUADRO 1

PROVISIÓN DE CUIDADO PERSONAL A LOS MAYORES CON DISCAPACIDAD PARA LAS AVD EN FUNCIÓN DE SU SEVERIDAD, POR SEXO, EDAD Y PERÍODO (ESPAÑA, 1999 Y 2008)

	Hombres				Mujeres			
	65-79		80+		65-79		80+	
	1999	2008	1999	2008	1999	2008	1999	2008
<i>Porcentaje con alguna discapacidad sin dependencia</i>	12,1	7,1	18,1	10,8	10,7	5,7	12,2	6,7
Porcentaje que recibe cuidados	7,3	6,1	8,1	9,9	12,4	9,4	11,2	13,0
Porcentaje (de 1) que no identifica el cuidador principal	2,4	40,7	0,0	36,4	1,8	59,5	3,6	51,0
<i>Porcentaje con alguna dependencia para AlVD o 1 ABVD</i>	5,4	5,3	13,9	11,3	11,3	9,4	19,8	16,2
Porcentaje que recibe cuidados	64,5	58,9	79,7	71,3	70,1	62,3	84,3	75,9
Porcentaje (de 1) que no identifica al cuidador principal	25,4	30,0	14,9	22,8	14,8	40,6	9,3	22,8
<i>Porcentaje con alguna dependencia para 2+ ABVD</i>	4,9	6,3	17,4	19,8	7,2	10,3	25,2	34,0
Porcentaje que recibe cuidados	83,0	82,2	91,0	89,1	77,6	80,3	92,1	91,6
Porcentaje (de 1) que no identifica al cuidador principal	5,2	13,3	6,2	4,9	4,9	18,0	4,7	5,8

Fuentes: EDDES (1999), EDAD (2008).

años. La cobertura en la categoría restante, que incluye a personas mayores que no viven solas, pero tampoco con pareja ni hijos, se redujo entre los dos periodos, salvo entre los hombres de 65-79 años; sin embargo, en 2008 entre un 81 por ciento (mujeres de 65-79 años) y un 93 por ciento (hombres de 80 o más años) de estas personas con dependencia en dos o más ABVD recibían atención personal.

Con la Ley de Dependencia se esperaba observar un aumento en la participación del cuidado provisto desde fuera del hogar, y, además, de carácter formal para aliviar la carga de cuidado provisto por la familia. En el cuadro 3 se puede apreciar que no se cumplió esta expectativa en todas las situaciones de dependencia. Entre 1999 y 2008 la proporción de cuidado provisto dentro del hogar (es decir, por personas correspondientes) aumentó en ambos grupos de edad y niveles de dependencia, alcanzando el 72 por ciento entre los mayores jóvenes con problemas en actividades instrumentales o una AVBD, y el 81 por ciento entre aquellos de la misma edad con problemas en dos o más ABVD. Entre los de mayor edad, el porcentaje es respectivamente 60 por ciento y

76 por ciento. Aunque este resultado va en cierto modo en contra de la esperada externalización del cuidado, se debe recordar que la proporción de personas que no identificó un cuidador principal fue en 2008 mucho mayor que en 1999 para aquellas con problemas en AlVD o una ABVD. En cambio, en la categoría con dependencia para dos o más ABVD, la proporción de cuidadores familiares (y también los informales no familiares) dentro del hogar disminuyó ligeramente para ambos grupos de edad, aunque todavía suponía el 95 por ciento y 91 por ciento del total de cuidadores correspondientes de personas de 65-79 y 80 o más años, respectivamente. Al mismo tiempo, la proporción de empleados correspondientes se incrementó en más del doble.

En cuanto a los cuidadores ajenos al hogar, la proporción de los que son familiares aumentó entre los dos períodos hasta situarse en alrededor de dos de cada tres para aquellos con un nivel de dependencia más grave, y de seis de cada diez para aquellos con un nivel menor de dependencia. La proporción de cuidadores informales no familiares perdió peso y también la de los empleados. Sin embargo, aumentó la de cuidadores pro-

CUADRO 2

PROVISIÓN DE CUIDADO PERSONAL A LOS MAYORES CON DISCAPACIDAD PARA LAS AVD EN FUNCIÓN DE LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR DONDE RESIDEN, POR SEXO, EDAD Y PERÍODO (ESPAÑA, 1999 Y 2008)

	Hombres				Mujeres			
	65-79		80+		65-79		80+	
	1999	2008	1999	2008	1999	2008	1999	2008
AIVD o 1 ABVD								
Unipersonal	70,7	49,9	93,1	74,9	69,1	54,1	81,8	69,9
Pareja sola	61,2	55,7	71,4	61,2	67,8	62,4	79,6	66,3
Monoparental y otros hogares con pareja y/o hijos	68,1	62,5	84,3	84,7	72,1	69,6	86,4	86,1
Otros sin pareja ni hijos	61,1	77,9	77,9	60,4	73,1	59,0	87,9	79,2
Total	64,5	58,9	79,7	71,3	70,1	62,3	84,3	75,9
2+ ABVD								
Unipersonal	56,3	60,3	85,7	78,9	65,8	62,1	86,2	85,0
Pareja sola	83,6	83,0	86,8	87,3	71,1	79,6	91,4	90,2
Monoparental y otros hogares con pareja y/o hijos	85,5	85,3	93,5	92,1	87,1	89,3	94,5	95,9
Otros sin pareja ni hijos	84,2	87,6	97,9	92,6	84,1	81,4	90,9	87,3
Total	83,0	82,2	91,0	89,1	77,6	80,3	92,1	91,6

Fuentes: EDDES (1999), EDAD (2008).

venientes de los servicios sociales, un cambio que puede ser fruto de la Ley de Dependencia. El descenso sustancial de la proporción de cuidadores empleados no corresidentes no parece deberse solamente al aumento en el uso de los servicios sociales, sino también al fuerte aumento de cuidadores no familiares procedentes del extranjero (de 26 por ciento en 1999 a 90 por ciento en 2008; resultados no mostrados aquí), quienes, además, frecuentemente optan por corresidir con la persona dependiente, arreglo que puede ser más conveniente para la persona que requiere cuidado a la vez que, en ocasiones, para el cuidador. Según los resultados, en 2008 alrededor de la mitad de los cuidadores empleados para atender a personas con un nivel alto de dependencia también vivían con aquellas.

La familia, por tanto, proveía el 80-90 por ciento del cuidado de los mayores con discapacidad. Para identificar a los miembros de la familia que asumen el rol de cuidador principal introducimos la variable de la relación de parentesco

del cuidador principal, analizándola por grupos de edad y por severidad, pero solamente para el año 2008, ya que no hubo muchos cambios temporales en cuanto a la estructura de parentesco. Tal como se puede observar en el gráfico 2, esposos y esposas con apenas diferencias de género desempeñan un papel importante cuando la persona dependiente es menor de 80 años: alrededor de un 40 por ciento del total en ambos niveles de dependencia. De hecho, no es el nivel de discapacidad la variable que establece diferencias en cuanto a quién se dedica al cuidado, sino la edad de la persona que lo requiere. Ello indica que la pareja es la opción más obvia para ejercer el cuidado, en parte favorecido por la convivencia. Sin embargo, con más edad aumenta la probabilidad de enviudar y, como consecuencia, que otro familiar asuma la tarea de cuidado. Son, sobre todo, las hijas quienes reemplazan la presencia del cónyuge cuidador. En efecto, las hijas asumen un papel primordial (45 por ciento), seguido con distancia del de otros familiares (10 por ciento), el hijo (9 por ciento) y la nuera (8 por ciento cuando

CUADRO 3

ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA, POR EDAD Y PERÍODO
(ESPAÑA, 1999 Y 2008)

	AlVD o 1 ABVD				2+ ABVD			
	65-79		80+		65-79		80+	
	1999	2008	1999	2008	1999	2008	1999	2008
<i>Porcentaje cuidado provisto dentro del hogar</i>	61,5	72,3	56,0	59,8	76,8	80,5	73,8	76,2
Informal familia	97,2	97,7	93,4	92,2	96,1	95,2	94,0	90,8
Informal – otro	1,0	1,2	4,5	1,0	1,4	0,5	2,4	1,6
Formal – empleado	1,6	1,1	1,5	6,8	1,9	4,2	3,2	7,7
Formal – servicios sociales	0,3	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,4	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Porcentaje cuidado provisto fuera del hogar</i>	38,5	27,7	44,0	40,2	23,2	19,5	26,2	23,8
Informal familia	57,2	59,9	58,9	62,2	62,9	67,1	55,7	66,7
Informal – otro	7,5	6,8	5,0	2,5	5,3	3,8	5,5	3,1
Formal – empleado	27,8	19,7	23,7	18,8	22,7	21,2	29,6	21,4
Formal – servicios sociales	7,5	13,7	12,4	16,4	9,0	7,9	9,2	8,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Cuidado – Total</i>	100,0							
Informal – familia	81,8	87,2	78,2	80,2	88,4	89,7	83,9	85,0
Informal – otro	3,5	2,7	4,7	1,6	2,3	1,2	3,2	1,9
Formal – empleado	11,7	6,3	11,2	11,6	6,7	7,5	10,1	11,0
Formal – servicios sociales	3,1	3,8	5,8	6,6	2,6	1,5	2,7	2,1
Número de cuidadores principales (con relación conocida)	247.871	154.778	181.628	165.412	234.955	309.312	270.865	494.708

Fuentes: EDDES (1999), EDAD (2008).

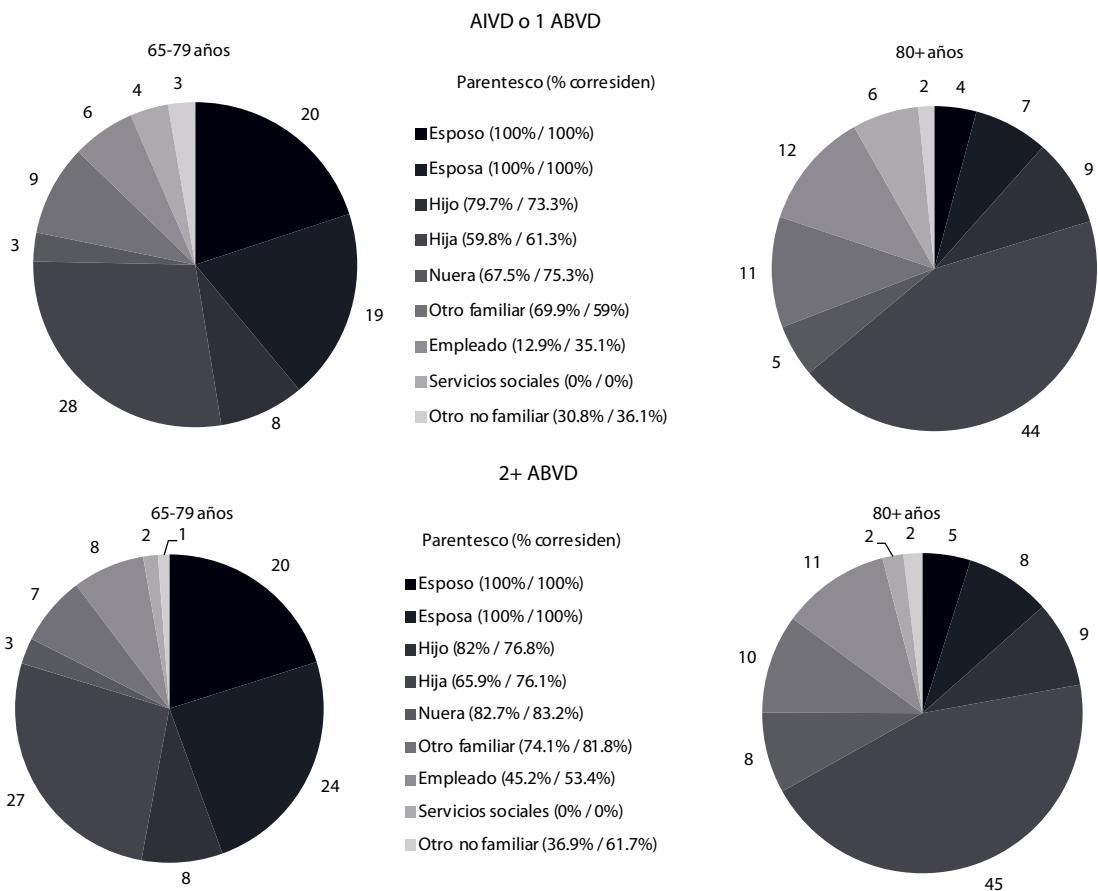
la dependencia es más grave, y 5 por ciento cuando se trata de AlVD/1ABVD). A pesar de que los hijos y las nueras juegan un papel menos importante que las hijas en términos absolutos, es mayor la proporción de los que conviven con la persona con discapacidad. También se puede observar que la probabilidad de que un cuidador familiar corresida con la persona a la que cuida aumenta con la severidad de la dependencia y la edad de la persona con discapacidad (salvo para los hijos varones). Por último, cabe destacar que, después de las hijas, los empleados son los cuidadores que tienen mayor peso relativo entre las

personas con discapacidad de 80 o más años y, cuando se trata de una persona mayor con dos o más discapacidades de ABVD, alrededor de la mitad corresiden con ella.

En definitiva, a pesar del aumento en la proporción de personas mayores de 65 años con limitaciones para llevar a cabo dos o más ABVD, en 2008 la cobertura de cuidados pudo mantenerse entre las personas con mayor necesidad asistencial. Por otro lado, la cobertura se redujo entre aquellos con “solo” problemas en AlVD o una ABVD, pero cuando se desagrega por tipolo-

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES SEGÚN LA RELACIÓN DE PARENTESCO CON LA PERSONA A LA QUE CUIDAN, EDAD DE LA PERSONA QUE REQUIERE CUIDADO Y SU CONDICIÓN DE RESIDENCIA (PORCENTAJE)



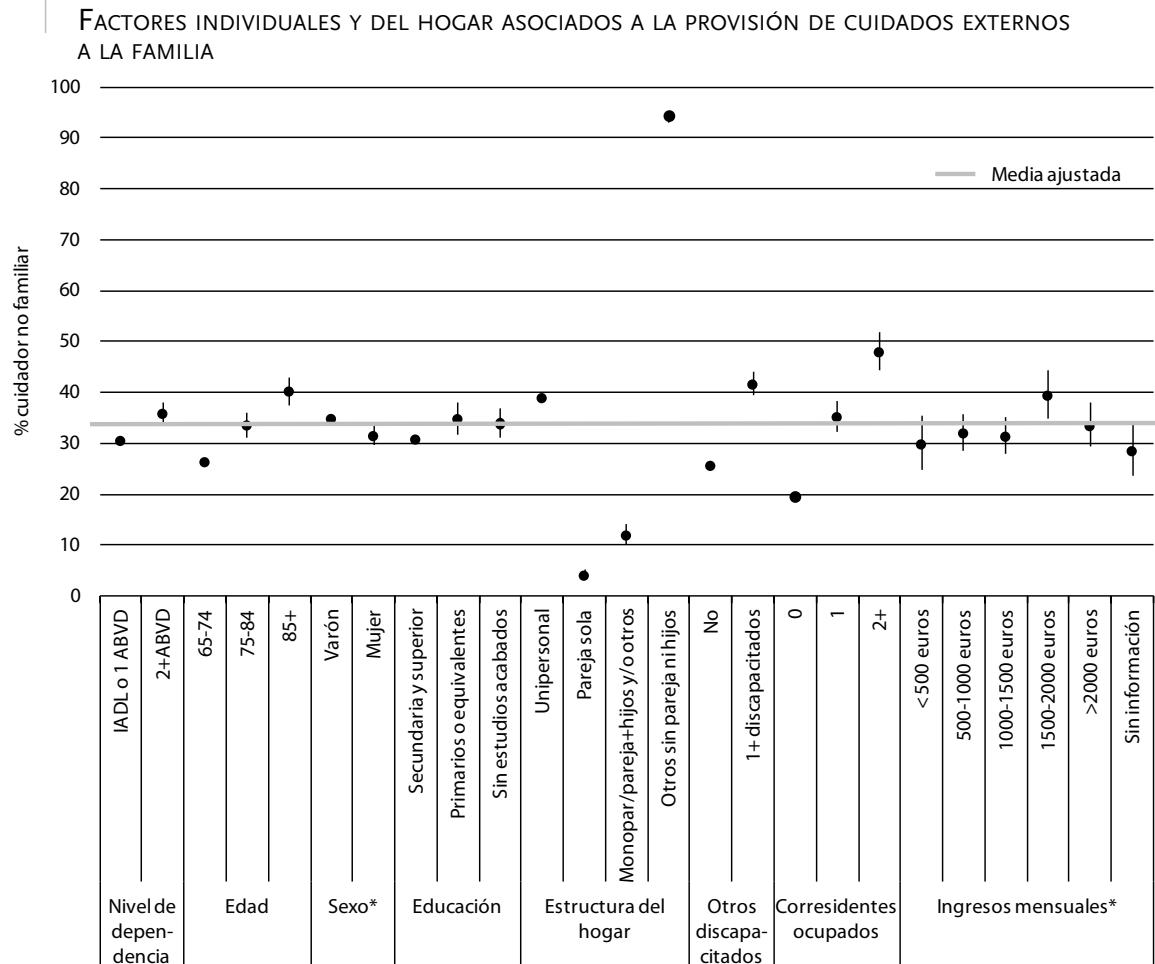
Fuente: EDAD (2008).

gía de hogar se observa que ese descenso ocurrió entre quienes viven solos o en hogares sin núcleo conyugal o filial, precisamente los grupos de población más vulnerables por disponer de menos recursos económicos. Por ejemplo, a pesar de su menor tamaño, el 42 por ciento de hogares unipersonales (siete de cada diez, constituidos por viudas) tuvo ingresos mensuales inferiores a 500 euros frente al 5 por ciento de las parejas que viven solas, según los datos de la encuesta.

Se aprecia un aumento de la participación de la esfera formal en el cuidado, con una mayor proporción de cuidadores principales para personas muy mayores que son empleados y correspon-

dentes o que provienen de los servicios públicos, aunque la familia sigue siendo quien asume la mayor parte del cuidado. En 2008, aproximadamente tres de cada cuatro de los cuidadores principales de los mayores de 65 años con una discapacidad o con dependencia eran corresponsables en el hogar, y la inmensa mayoría de ellos, familiares (86 por ciento). Los cuidadores difieren en función del grupo de edad de la persona con discapacidad: el cuidado de las personas con discapacidad en edades de 65 a 79 años recae en mayor medida en la propia pareja (cuatro de cada diez cuidadores son cónyuges de la persona a quien cuidan) y, en segundo lugar, en las hijas. Por otro lado, el cuidado de los mayores

GRÁFICO 3



Notas: El punto indica el valor de la probabilidad de cada categoría de la variable de tener un cuidador no familiar, mientras que la barra muestra el intervalo de confianza del 95 por ciento. * La variable no es significativa ($p>0,1$). La media (0,33) es la estimada por el modelo después de controlar por las variables explicativas.

Fuente: EDAD 2008.

de 80 años está principalmente en manos de las hijas, convivan o no en el mismo hogar, que son también aproximadamente cuatro de cada diez cuidadores. Por lo tanto, la externalización del cuidado es todavía poco frecuente.

Algunos factores asociados a la probabilidad de tener un cuidador externo al entorno familiar se presentan en el gráfico 3; muestra la proporción y los intervalos de confianza (95 por ciento) para cada una de las categorías de las variables que recogen características de la persona con discapacidad y algunas características

de la composición del hogar en que reside. Las características individuales que presentan una mayor probabilidad de ir unidas a la existencia de un cuidador principal externo a la familia son la edad (ser mayor de 85 años) y el nivel de discapacidad. El sexo y el nivel educativo no muestran una asociación significativa con la externalización del cuidado familiar, aunque las mujeres y los más instruidos tienen una probabilidad ligeramente inferior de tener un cuidador no familiar. En cuanto al nivel de dependencia, tener dificultades con dos o más ABVD es lo que más propicia que el cuidador principal no sea un pariente

de la persona con discapacidad. Lo que también aumenta considerablemente la probabilidad de externalizar el cuidado es el hecho de que en el propio hogar haya otra persona con discapacidad o dependencia.

Ciertamente, las características del hogar afectan con más intensidad a la propensión a externalizar el cuidado de la familia que las de la persona que precisa de atención, y en particular su composición. Recordemos que la trayectoria familiar generalizada entre los componentes de las generaciones nacidas antes de 1943 era el matrimonio, y la infecundidad dentro del matrimonio era muy reducida. En el sentido esperado, los resultados muestran que convivir solamente con la pareja reduce sustancialmente la externalización del cuidado familiar (solo un 4 por ciento lo externaliza), así como también se reduce en el caso de aquellas personas que viven en hogares monoparentales o con pareja y/o hijos (12 por ciento). Por otro lado, vivir solo o sola aumenta la probabilidad de una externalización del cuidado (39 por ciento). Estas personas son mayoritariamente viudas que cuentan con apoyo de sus hijos, aunque también hay entre ellas solteras y, como para esa generación era infrecuente tener hijos fuera del matrimonio, estas son generalmente solteras sin descendencia. No obstante, cabe decir que los solteros que viven solos constituyen un grupo muy reducido (solamente el 3 por ciento de la población que tiene alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria), por lo que no se ha desagregado la categoría de hogares unipersonales en solteros y no solteros³. Finalmente, las personas que viven en hogares sin núcleo conyugal o filial son las más proclives a ser atendidas por una persona externa a la familia (94 por ciento).

Otra característica de la composición del hogar que aumenta considerablemente la probabilidad de externalizar el cuidado del entorno familiar es la presencia de miembros ocupados, es decir, que aportan recursos mediante los que es posible contratar servicios, y cuyo coste de oportunidad es presumiblemente más elevado que

³ Otra opción considerada fue introducir una variable dicotómica de estado civil para distinguir a los solteros (como proxy de no haber tenido hijos) de los no solteros, pero su porción en el conjunto es también escasa, un 7 por ciento. Aun así, testamos el mismo modelo con esa variable adicional. Aunque los resultados mostraron que la probabilidad de que un soltero tuviera un cuidador no familiar era el doble que la del resto, al tratarse de una población muy específica, los inconvenientes metodológicos de incluir esa variable superaban las ventajas interpretativas.

el de las personas desempleadas o inactivas. Por último, aunque la incorporación del nivel de ingresos del hogar es significativa para el análisis, es difícil indicar su relación con la propensión a externalizar el cuidado del entorno familiar, ya que, tras testar diversas categorías, sus efectos no son significativamente diferentes entre ellas.

En definitiva, la externalización del cuidado familiar está asociada a la edad y al nivel de dependencia, pero no al sexo o al nivel de estudios. Tampoco parece que los recursos económicos del hogar jueguen un papel importante, pero sí el hecho de que dos o más de las personas que conviven en el hogar estén ocupadas. También contribuyen a esa externalización la presencia en el hogar de otras personas con discapacidad, así como la falta de disponibilidad de parientes dentro del propio hogar.

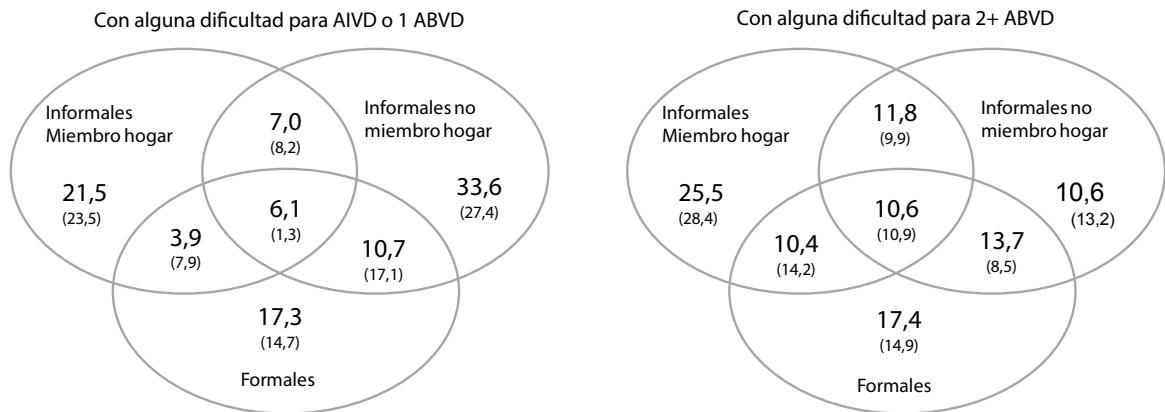
5. LA EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO A LOS MAYORES CON DISCAPACIDAD

Hemos visto cómo era la cobertura y la provisión del cuidado principal a los mayores con necesidad asistencial un año después de comenzar a aplicarse la Ley de Dependencia. Sin embargo, la organización de los cuidados a menudo recae en diversas personas, con mayor o menor intensidad y participación, o proviene de diferentes fuentes de manera complementaria. A diferencia de las encuestas de discapacidad (EDDES y EDAD), que identifican solamente un cuidador principal, la encuesta SHARE proporciona información sobre todas las fuentes de cuidado, distinguiendo, por un lado, cuidados informales provistos desde dentro del propio hogar o desde fuera del propio hogar, y, por otro, cuidados formales.

El gráfico 4 muestra cómo ha evolucionado la distribución del cuidado respecto a 2006, año en que se aprobó la Ley de Dependencia, analizando de manera separada la participación de fuentes de cuidado en función del tipo de demanda asistencial, es decir, en función del tipo de discapacidad (AIVD o una ABVD o la acumulación de dos o más ABVD). Entre los mayores que presentan discapacidad para realizar las actividades instrumentales se ha dado una ligera disminución del peso del cuidado provisto de

GRÁFICO 4

PROVISIÓN DE CUIDADOS PERSONALES ENTRE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS CON DISCAPACIDAD (ESPAÑA 2006 Y 2013) (PORCENTAJE)



Nota: Las proporciones entre paréntesis son para 2006.

Fuente: SHARE 2006 y 2013.

manera informal exclusivamente por miembros del hogar y de su combinación con el cuidado formal, hacia una mayor diversificación, con mayor participación de todas las fuentes de cuidado, que ha aumentado de 1 por ciento en 2006 a 6 por ciento en 2013. Igualmente, ha aumentado de manera notable el peso del cuidado informal provisto por personas ajenas al hogar, siendo responsable de la atención personal de dos de cada seis de estos mayores, mientras que uno de cada seis es atendido únicamente desde la esfera formal, cuya participación también ha crecido.

La configuración del cuidado de los mayores que acumulan discapacidad para dos o más ABVD presenta más diversificación, siendo más importante la complementariedad de las fuentes de cuidado. Casi la mitad (47 por ciento) de estas personas reciben atención personal que proviene de dos o tres fuentes (frente a 44 por ciento en 2006), siendo la de mayor peso y la que más ha aumentado en este período la combinación del cuidado informal externo al hogar con el cuidado formal, seguido de la complementariedad del cuidado informal provisto desde dentro y desde fuera del hogar. A pesar de estos cambios, el cuidado informal provisto enteramente desde el entorno doméstico sigue siendo el que mayor peso tiene: uno de cada cuatro mayores en esta situación son atendidos por personas que conviven con ellos, mientras que solo uno

de cada diez es atendido únicamente por cuidadores informales no corresidentes. Esta configuración de las fuentes de cuidado responde a una demanda más exigente en términos de presencia y tiempo de dedicación para las personas que necesitan ayuda para realizar las actividades de autocuidado. Del mismo modo, la participación de la esfera formal está aumentando, del 15 por ciento al 17 por ciento, en igual medida que entre las personas con discapacidad para AIVD.

En 2013, el cuidado informal sigue siendo la mayor fuente de recursos para atender a los mayores con discapacidad. Los cuidados que recibe la mayoría de personas de 65 o más años con discapacidad provienen de la esfera informal; las que sufren una discapacidad para AIVD o para una ABVD reciben mayoritariamente atención de personas de la esfera informal no doméstica (57 por ciento en total –cuadro 4– y 34 por ciento de manera única), mientras que en la atención a los mayores más dependientes, con dificultad para realizar como mínimo dos tareas de autocuidado, participan con mayor frecuencia miembros del propio hogar (58 por ciento en conjunto, y 26 por ciento de manera exclusiva). Aunque el cuidado informal desde dentro del hogar sigue siendo importante (22 por ciento para AIVD o para una ABVD, y 26 por ciento para dos o más ABVD en 2013), parece que los cambios observados entre 2006 y 2013 en la organización de la

CUADRO 4

PROPORCIÓN DE MAYORES CON DISCAPACIDAD QUE RECIBEN CUIDADO INFORMAL, SEGÚN FUENTE DE CUIDADO, TIPO DE DISCAPACIDAD, RELACIÓN DE PARENTESCO Y PERÍODO

Porcentaje que recibe cuidado informal del total que recibe atención personal	Cuidado prestado por miembros del hogar		Cuidado prestado por personas que no son miembros del hogar	
	2006	2013	2006	2013
AIVD o 1 ABVD	40,8	38,4	54,0	57,4
2+ ABVD	63,5	58,3	42,5	46,7
Pareja	43,3	48,5	2,5	2,4
Hijos/as (nueras y yernos)	43,6	43,2	73,7	80,2
Hermanos/as	4,5	5,9	4,9	2,1
Nietos/as	4,8	6,3	2,2	9,9
Otros familiares o no familiares	11,2	7,8	24,1	15,9
Total (>1 cuidador posible)	107,5	111,7	107,3	110,4

Fuente: SHARE 2006 y 2013.

asistencia personal a los mayores con discapacidad apuntan cierta tendencia a la externalización del cuidado provisto de manera única por miembros del hogar hacia una creciente diversificación y complementariedad de fuentes de cuidado en las que aumenta la participación del cuidado formal y el informal provisto por personas ajenas al hogar.

Los parientes involucrados en el cuidado han variado poco entre ambos períodos. El cuadro 4 recoge la proporción de personas cuya atención personal proviene de la esfera informal, distinguiendo los que reciben asistencia por cuidadores de la esfera doméstica o externa al hogar y especificando su relación de parentesco. Además de recibir cuidados de diversas fuentes, las personas con discapacidad pueden ser atendidos por más de una persona de dentro o de fuera del hogar, por lo que la suma de las proporciones es superior a 100.

Cuando se trata de cuidadores dentro de la esfera doméstica, los cónyuges y los hijos tienen un papel fundamental. El peso del cuidado de hijos –asumimos que mayoritariamente hijas, tal y como se mostraba en los resultados más detallados que proporciona el análisis de EDDES y EDAD– ha permanecido constante: el 43 por ciento de mayores que recibe cuidados por miembros del hogar es atendido por sus hijos.

De manera similar a los resultados anteriores, casi la mitad de los cónyuges cuidan de su pareja cuando presentan dificultad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. El ligero aumento que se observa entre 2006 y 2013 de esta proporción es coherente con la mayor supervivencia hasta edades más avanzadas. También se aprecia una mayor participación de otros familiares en el cuidado (hermanos y nietos), mientras que se reduce el de otros familiares menos allegados y otras personas convivientes en el hogar que no son parientes.

El cuidado informal provisto desde fuera del entorno del hogar está fundamentalmente en manos de los hijos. Como veímos, mientras que disminuye la atención personal informal prestada desde dentro del hogar en favor de un aumento de la externalización del hogar, en ambas categorías de discapacidad (por ejemplo, para los que presentan dos o más ABVD se reduce el cuidado dentro del hogar del 64 al 58 por ciento y aumenta el de fuera del hogar del 43 al 47 por ciento) también aumenta la participación de los hijos involucrados en la atención a sus padres con necesidades asistenciales, del 74 al 80 por ciento. Se incrementa, asimismo, de manera notable la participación de nietos, que pasa del 2 al 10 por ciento, mientras se reduce el cuidado prestado por familiares menos allegados y otras personas no familiares (vecinos o ami-

gos), que siguen siendo una fuente importante de apoyo a las personas que reciben cuidado de personas ajenas al hogar, pero menos que en 2006, cuando casi una de cada cuatro personas con discapacidad declaraba recibir ayuda informal de otras personas más allá de parejas, hijos, nietos o hermanos.

6. CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que hay una cierta tendencia a la externalización del cuidado provisto de manera única por miembros del hogar hacia una creciente diversificación y complementariedad de fuentes de cuidado en las que aumenta la participación del cuidado formal y el informal provisto por personas ajenas al hogar. No obstante, a pesar de la creciente provisión de cuidados desde la esfera formal, en España el cuidado a los mayores con discapacidad se provee de manera mayoritaria en la esfera informal, es decir, fundamentalmente desde el entorno familiar por miembros del mismo hogar o que no conviven con la persona a la que cuidan, lo que sugiere que no es el tipo de demanda sino la disponibilidad de potenciales cuidadores (cónyuge o descendientes) lo que determina quién es el cuidador. Además, los cuidados informales que reciben nuestros mayores se fundamentan, sobre todo, en la participación de la pareja y los hijos, si bien, recientemente, se está ampliando a los nietos.

También hemos podido observar que los perfiles de los cuidadores principales varían en función de la edad y no de la severidad de la discapacidad de las personas a las que cuidan. Así, entre las personas con discapacidad de 65 a 79 años, el cuidado recae sobre todo en la propia pareja y, en segundo lugar, en las hijas, teniendo los hijos varones un papel mucho menos destacado; entre los mayores de 80 años, son las hijas las que toman el relevo como cuidadoras principales, tanto desde dentro como desde fuera del hogar. Este papel primordial de cónyuges e hijas en el cuidado apenas ha cambiado durante el período estudiado.

El nivel de dependencia, en cambio, sí influye en cómo se distribuye el aumento del cuidado formal. Así, en respuesta a las necesidad de

un cuidado más intensivo por parte de los más mayores y los más dependientes, entre 1999 y 2008 aumentó el número de empleados correspondientes (gran parte de ellos, extranjeros llegados durante la expansión económica), aparentemente sustituyendo a los empleados no correspondientes, mientras que, entre los que padecen discapacidad para las AIVD o para una ABVD, lo que aumenta es el cuidado provisto por parte de los servicios sociales. Por otro lado, la evolución entre 2006 y 2013 apunta a una continuación de la externalización del cuidado informal del hogar, aunque no de la familia, y un aumento del cuidado formal que, entre los más dependientes, cristaliza en una mayor complementariedad del cuidado, por tanto, aliviando en cierta medida la carga de los cuidadores familiares.

Estos cambios en los patrones de la organización del cuidado, aunque no muy grandes, son importantes por sus implicaciones en las transformaciones sociales hacia una mayor igualdad de género. Aunque los datos no nos permiten averiguar por qué una persona pudo asumir la responsabilidad de cuidar o dejó de hacerlo, sabemos que los niveles más elevados de educación formal entre las generaciones más jóvenes se traducen en una progresiva reducción de la brecha de género en la participación en el mercado laboral. Lamentablemente, la Ley de Dependencia, que pretendía facilitar la reestructuración de la organización de la atención a las personas dependientes a través de ayudas personales y financieras a las familias con personas dependientes, se ha visto afectada por la recesión económica. Tal vez por eso, y por el crecimiento del desempleo debido a la crisis, el papel de la familia sigue siendo casi tan importante como antes de la Ley.

Sin duda, la interacción del empleo y el cuidado de los mayores merece ser estudiada en detalle, puesto que si no se alivia la carga del cuidado de las familias, en especial de las hijas activas en el mercado laboral, puede generarse un desequilibrio continuado entre demanda y provisión de cuidados. Esta presión sería todavía más alta en el futuro cuando las generaciones españolas más amplias, nacidas en los años sesenta y setenta del siglo pasado, alcancen edades avanzadas, toda vez que su baja fecundidad y la siguiente reducción de su red familiar impidan una adecuada atención a su demanda de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN, A.; PUJOL RODRÍGUEZ, R.; PÉREZ DÍAZ, J., y A. RODRÍGUEZ-LASO (2015), "Cambios en la discapacidad de las personas mayores entre 1999 y 2008 en España", *Estadística Española*, 57(188): 215-226.

ALBERTINI, M., y L. MENCARINI (2014), "Childlessness and Support Networks in Later Life New Pressures on Familistic Welfare States?", *Journal of Family Issues*, 35(3): 331-357.

BLANES, A. (2007), *La Mortalidad en la España del Siglo XX. Análisis demográfico y territorial*, Tesis de doctorado, Universitat Autónoma de Barcelona.

CORREA, M., y J. JIMÉNEZ-AGUILERA (2016), "Sombras y sombras en la aplicación de la ley de dependencia", *Gaceta Sanitaria*, 30(1): 77-80.

DEVOLDER, D. (2015), "Fecundidad: factores de la baja fecundidad en España", en C. TORRES ALBERO (ed.), *España 2015. Situación social*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas: 85-95.

EHLEIS (2015), *Esperanza de vida saludable en España, EHLEIS Informe de países*, Volumen 9 (extraído en febrero de 2016 de www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9_translated/Espana.pdf).

GARCÍA GONZÁLEZ, J. M. (2014), "¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 148: 39-60.

GENARO, M. D. (2014), "La gestión de la Ley de Dependencia en España: un balance desde la óptica fiscalizadora", *Auditoría Pública*, 64: 11-20.

HUMAN MORTALITY DATABASE (HMD), Datos 2016 (extraído en enero de 2016 de <http://www.mortality.org>).

IMSSER (2005), *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: el entorno familiar*, (Vol. 12001), España, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2016), Tablas de mortalidad de la población de España 1991-2013 (extraído en febrero de 2016 de www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/p319a/serie/p01/10/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0).

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2011), "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional", *Cuadernos de relaciones laborales*, 29(1): 93-123.

MINISTERIO DE SANIDAD SERVICIOS SOCIALES e IGUALDAD (2012), *Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

OLIVA, J.; VILAPLANA, C., y R. OSUNA (2011), "El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España", *Gaceta Sanitaria*, 25(S): 108-114.

OLSHANSKY, S. J., y B. AULT (1986), "The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases", *The Milbank Quarterly*, 64: 355-391.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (OMS) (2016), *Global Health Observatory Data Repository: Life expectancy – Data by country* (extraído en febrero de 2016 de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en>).

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2007), "La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales", *Política y sociedad*, 44(2): 69-85.