

MUJERES Y HOMBRES ANTE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Seminario “Políticas Públicas de atención a las personas mayores dependientes: hacia un sistema integral de cuidados”

*María-Angeles Durán**

Centro de Ciencias Humanas y Sociales
Consejo Superior de Investigaciones Científicas

* Este trabajo forma parte de una línea permanente de investigación sobre uso del tiempo y economía del cuidado, ubicada en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

MUJERES Y HOMBRES ANTE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

- I.- De qué hablamos cuando hablamos de dependencia y de autonomía.
- II.- La función de protección ante la enfermedad y la vejez en las sociedades avanzadas.
- III.- El ciclo vital: niveles de salud y dependencia. Las diferencias entre hombres y mujeres.
 - III.1.- Las curvas de supervivencia
 - III.2.- Salud y discapacidad, dos conceptos distintos
 - III.3.- La instauración de la discapacidad durante el ciclo de vida de hombres y mujeres
 - III.4.- La acumulación de discapacidades.
 - III.5.- La evolución temporal de la gravedad de la discapacidad
 - III.6.- Los niveles severos de discapacidad y dependencia. Los encamados permanentes
- IV.- La conversión de la discapacidad en derechos reclamables. Diferencias entre hombres y mujeres.
- V.- Los cuidadores y la riqueza invisible del cuidado.
 - V.1.- Los cuidadores
 - V.1.1.- ¿Quién cuida a los discapacitados y/o dependientes?
 - V.1.2.- La convivencia entre los cuidadores y sus receptores de cuidados personales. Las relaciones siamésicas.
 - V.1.3.- El nivel de estudios de los cuidadores.
 - V.2.- Los tiempos de cuidado.
 - V.3.- La situación económica de los cuidadores principales.
- VI.- Necesidades de cuidados y prestaciones efectivas.
 - VI.1.- Niveles de satisfacción con la ayuda recibida.
 - VI.2.- La franja del descontento.
- VII.- El sistema sociosanitario y la Administración Pública ante las demandas de los dependientes.
 - VII.1.- La atribución de responsabilidades al sistema sociosanitario por los discapacitados.
- VIII.- ¿Cuánto puede esperarse de la tecnología para la atención a la dependencia?
- IX.- El desafío del futuro.
 - IX.1.- La demanda del cuidado en España, 2015-2023-2050.
 - IX.2.- La insostenibilidad del sistema actual basado en el cuidado adscrito a las mujeres. Los escenarios de distribución de la carga del cuidado. Una propuesta interactiva.

ANEXO JURIDICO

ANEXO ESTADÍSTICO

ANEXO de publicaciones de la autora sobre temas relacionados con dependencia o enfermedad.

MUJERES Y HOMBRES ANTE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

María-Angeles Durán
Centro de Ciencias Humanas y Sociales
Consejo Superior de Investigaciones Científicas

I.- De qué hablamos cuando hablamos de dependencia y autonomía.

Uno de los aspectos positivos de participar en seminarios y jornadas de debate es que ofrecen la posibilidad de escuchar exposiciones desde perspectivas muy variadas, y diferentes de las que habitualmente mantiene cada expositor. Por ello las ponencias suelen producirse en dos fases: la primera, y a veces la única que se publica o conocen los no-asistentes, antes de que se produzca el evento. Y la segunda, en un momento posterior al evento en el que se incorporan al texto algunas de las reflexiones, información o incluso peticiones que se hicieron a lo largo de las sesiones. Si ya no hay oportunidad de modificar los textos iniciales, queda en cualquier caso sembrado el germen para modificaciones futuras, que irán fructificando en propuestas o textos posteriores.

En este caso, anticipándome al previsible efecto de la diversidad de participantes, he iniciado mi trabajo recurriendo al DRAE para marcar la variedad de uso de tres conceptos que en estos días se utilizarán de modo intensivo: los de “dependencia”, “dependiente” y “autonomía”.

Sobre *dependencia*, el DRAE ofrece nueve acepciones. Si se excluyen las de contenido espacial o las relativas al ejercicio comercial restan seis, y todas ellas reflejan aspectos de la dependencia útiles para esta sesión:

1. *Subordinación a un poder mayor.*
2. *Drogodependencia*
3. *Relación de origen o conexión.*
4. *Sección o colectividad subordinada a un poder.*
8. *Situación de una persona que no puede valerse por sí misma.*
9. *Necesidad compulsiva de alguna sustancia, como alcohol, tabaco o drogas, para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación.*

De todas las acepciones, la primera que se incorporó al uso popular fue drogodependencia, pero después el uso más frecuente coincide con la acepción 8, en sus aspectos sanitarios.

Las acepciones 1 y 4 definen la dependencia en un sentido político, por referencia al poder, destacando el carácter subordinado del dependiente (“*subordinación a un poder mayor*”, “*sección o colectividad subordinada a un poder*”).

La acepción 3 tiene un sentido filosófico o científico (“*relación de origen o conexión*”), subraya la causa que lo origina. Es útil recordar esta acepción a efectos metodológicos, ya que con frecuencias las encuestas o informes preseleccionan algunas de las causas que consideran más frecuentes o relevantes.

La acepción número 8 destaca la perspectiva jurídica o legal (“*situación de una persona que no puede valerse por sí misma*”), aunque bien podría aplicarse también al plano económico y al de la salud.

Finalmente, las otras acepciones se refieren a aspectos médicos y psicológicos y son de menor interés para este estudio.

Si se descartan las acepciones 2 y 9 porque se refieren a un tema que solo tangencialmente se corresponde con el que hoy nos ocupa, podemos concentrarnos en las cuatro acepciones de mayor interés. La dependencia es subordinación, y para que exista ha de existir un *poder de referencia*. Es por tanto un concepto referencial, que al menos *tiene dos polos*. Aunque la segunda acepción es casi igual a la primera, introduce una variante interesante: llama la atención sobre la subordinación de colectividades o grupos, asimismo en una relación que requiere al menos dos polos: el del grupo subordinado y el de quien tiene poder sobre él. Si llevamos estos conceptos a un plano más concreto, tendremos que preguntarnos a qué grupos nos estamos refiriendo cuando hablamos de dependencia o dependientes, e igualmente a quiénes son los poderes que operan sobre ellos. No es lo mismo que la relación la establezca un sujeto individual y frágil a que la establezca un colectivo o asociación bien organizada, ya que el desnivel de poder entre ambos polos se reduce. Para el mayor de estos poderes es estratégicamente relevante la decisión de si quiere fomentar la conciencia de grupo y la organización de las personas dependientes o, por el contrario, prefiere favorecer su fragmentación.

La acepción tercera nos pone en el camino para la búsqueda de las conexiones causales entre los dos polos de la relación. Aunque no entra en ello, tampoco asegura que sea un camino simple y que las conexiones u orígenes sean evidentes. Apenas se avance en esa dirección aparecerán las situaciones en que existen *conexiones múltiples, cadenas de conexiones directas e indirectas, a veces de signo contrario, con distinto grado de condicionamiento, visibilidad, reconocimiento y operativización*. La conversión de una necesidad en una demanda es un proceso social complejo en el que caben muchas encrucijadas, derivaciones y resultados dispares¹.

Finalmente, la acepción 8 nos guía hacia un campo de búsqueda extensísimo, en el que a diferencia de la acepción 4, que era colectiva, social y política, el foco se sitúa en la indagación sobre sujetos individuales.

¹ Este tema ha sido tratado extensamente en Durán, M.A. “Necesidades sociales y nivel de satisfacción en la década de los noventa” en Folguera, P. (Ed.) *Otras visiones de España*, Fundación Pablo Iglesias, 1993. Una relación de publicaciones de la autora sobre discapacidad, enfermedad y temas relacionados puede verse en el Anexo de Publicaciones.

En cuanto al concepto de *dependiente* que recoge el DRAE, asociado al verbo *dependen*, solo se corresponde a grandes rasgos con el de *dependencia*. Deriva del latín *dependere*, *colgar* o *penden*, y presenta seis acepciones. La quinta y la sexta son prescindibles a efectos de este estudio por hallarse en desuso o referirse a aspectos gramaticales, pero las restantes aportan perspectivas interesantes.

Según el DRAE ser dependientes es:

1. *Estar subordinado a una autoridad o jurisdicción.*
2. *Producirse o ser causado o condicionado por alguien o algo.*
3. *Estar o quedar al arbitrio de una voluntad.*
4. *Vivir de la protección de alguien, o estar atendido a un recurso solo. Dicho de un elemento gramatical: Estar subordinado a otro, servirle de complemento o ser regido por él.*
5. *Colgar o pender de alguna cosa.*

La primera acepción (“*estar subordinado a una autoridad o jurisdicción*”) podría aplicarse a los incapacitados sometidos a tutela y también a cualquier otro tipo de “jurisdicción” no formalizada legalmente.

La segunda acepción (“*producirse o ser causado o condicionado por alguien o algo*”) se corresponde con la ya comentada perspectiva filosófica o científica de búsqueda de conexión, origen o causa de la dependencia:

La tercera acepción (“*estar o quedar al arbitrio de una voluntad*”) aporta una perspectiva nueva, que no estaba tan explícita en el concepto de dependencia: es el carácter arbitral, que no arbitrario, del poder al que el dependiente está subordinado. Encaja muy bien en los problemas derivados de la gestión de la dependencia a través de las Administraciones Públicas. Arbitral y graciable son conceptos que encaminan la investigación hacia el modo en que se expresa la gestión de la dependencia, hacia los instrumentos de todo tipo que convierten una situación en un derecho exigible y/o exigido. En el tema que nos ocupa hoy, dentro de la Administración Pública, existen diferencias notables entre las diecisiete Comunidades Autónomas, que se prolongan al nivel de la Administración Local.

En cuanto a la cuarta opción (“*vivir de la protección de alguien, o estar atendido a un recurso solo*”) destaca también algunos aspectos interesantes de la relación de dependencia, como es su intensidad, su carácter protector y el carácter único de la fuente de supervivencia. Esta acepción tiene efectos muy restrictivos, ya que no recoge las dependencias en las que no existe protector, ni las de baja intensidad (por ejemplo las de mera ayuda complementaria), y el umbral de dependencia lo sitúa tan alto como “vivir”. Tampoco incluye la dependencia simultánea de distintas fuentes de recursos, que es precisamente lo que tratan de estimular la mayoría de las políticas de protección, pidiendo que además de las Administraciones Públicas intervengan las aseguradoras privadas, los hogares, estableciendo sistemas de copago, etc.

Finalmente, el concepto de *autonomía* es el tercero de los centrales en esta primera reflexión sobre la *dependencia*, su antítesis. La única acepción aplicable del DRAE es la segunda (“*condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie*”) que la define a partir de su origen griego como síntesis de “*sí mismo*” y “*regulación*”. Es una definición muy matizada, que sólo se refiere a una parte de las posibles situaciones o actividades en que interviene el sujeto dependiente, y destaca por tanto que puede ser completamente independiente en otros aspectos de su vida.

Que se elija una u otra acepción o perspectiva como punto de partida tiene consecuencias inmediatas sobre el diseño y las consecuencias de cualquier sistema de protección frente a la dependencia. Incluso aunque se limitase al ámbito de lo jurídico y quedaran fuera otras perspectivas como la económica o social, la acepción número ocho facilita una visión atomizada de la “dependencia” que sólo se refiere a las personas, estableciendo una relación de uno a uno entre el sujeto dependiente y el poder, dejando en la sombra las conexiones intermedias y los grupos en los que se desarrolla la vida del dependiente.

La Ley de Dependencia opta por no referirse a los “dependientes” ontologizándolos, sino a “*las personas en situación de dependencia*”. De ese modo, resalta el carácter de *personas* frente al de *dependientes* y minimiza la importancia de la dependencia al resaltar que no es constitutiva del sujeto sino situacional.

El objetivo más profundo de la población en riesgo de sufrir incapacidad o que de hecho ya se encuentra en esta situación es el de *conseguir autonomía*. Durante el proceso de elaboración de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (2006), comúnmente llamada Ley de Dependencia, las asociaciones de distintos tipos de minusválidos y discapacitados fueron muy activas para poner el énfasis en este aspecto y no en su polo opuesto, la dependencia.

Del mismo modo que existen múltiples formas de dependencia y no sólo las ligadas a minusvalías de tipo físico, existen múltiples formas de autonomía que incluyen la autonomía económica, política, afectiva, etc.

No se puede concluir esta reflexión sobre el uso cotidiano de los conceptos de dependencia sin una mínima referencia al modo en que se trata este tema en un instrumento jurídico de tanta importancia como el Código Civil. La visión económica de la familia en el Código Civil no es acorde con la estructura económica actual. Pone un énfasis excesivo en el patrimonio, al mismo tiempo que infravalora el coste/valor de los servicios de cuidado. Son de especial interés el renovado artículo 68 sobre igualdad de los cónyuges ante las tareas de domésticas y el título VI completo sobre alimentos entre parientes, especialmente los artículos 68, 147 y 152.2, ya que el cuidado ha de entenderse actualmente como una extensión lógica de los “*alimentos*”. El artículo 147 marca que la obligación de dar alimentos se reduce o termina cuando no lo permite la “*fortuna del que ha de satisfacerlo*”; en el mundo actual el patrimonio o fortuna ha de equipararse con el empleo del que depende la manutención del propio alimentista. Lo que, dicho con otras palabras, marca los límites de la obligación de cuidar cuando el cuidado interfiera con la necesidad de empleo por parte de quien simultáneamente esté obligado a mantenerse a sí mismo y a hacerse cargo del cuidado del dependiente (para mayor detalle vid. anexo jurídico al final del texto).

II.- La función de protección ante la enfermedad y la vejez en las sociedades avanzadas.

Toda sociedad tiene que ofrecer a sus componentes unas soluciones aceptables a los problemas que les aquejan, de lo contrario el conflicto interno se hará insostenible. La distribución de funciones se realiza de modo muy heterogéneo en distintas sociedades y tiene que ver sobre todo con sus estrategias de adaptación al medio y con la distribución interna del poder entre distintos grupos sociales.

La protección respecto a la dependencia ha de extenderse a tres grandes tipos de situaciones:

- a) La situación de los propios dependientes.
- b) La situación de los cuidadores no remunerados de dependientes.
- c) La situación de los trabajadores profesionales que gestionan, representan o ejecutan la atención a los dependientes.

Entre estas estrategias, destacan por su importancia las demográficas y las de relaciones de igualdad o desigualdad entre hombres y mujeres, en las que se va a centrar este estudio.

III.- El ciclo vital: niveles de salud y dependencia. Las diferencias entre hombres y mujeres.

III.1.- Las curvas de supervivencia

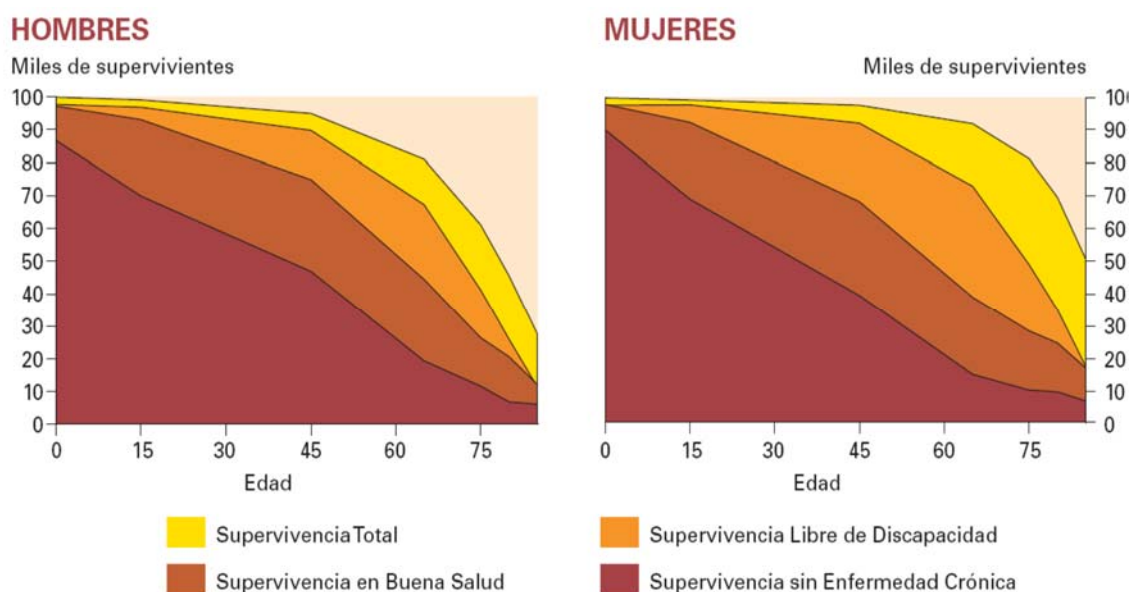
Las curvas de supervivencia se elaboran a partir de las encuestas de salud y las estadísticas de mortalidad, y miden la probabilidad de que suceda un hecho en un momento determinado del tiempo. Con los datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud podrían establecerse catorce niveles diferentes de salud, pero en el gráfico se ha simplificado a sólo cuatro situaciones. Aunque parecidas, las curvas de supervivencia en buena salud (curva inferior del gráfico) o en no-muerte (la curva superior del gráfico) no son iguales para hombres y mujeres. Los hombres tienen mejor salud pero mueren más. Las mujeres tienen menos probabilidad de morir en edades jóvenes y centrales, pero en cambio soportan más enfermedades y discapacidades, lo que trae consigo mayor dependencia².

² Durán, M.A. *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, 1999.

Durán, M.A. "Integración del trabajo no remunerado en el análisis de los sectores de salud y bienestar social" en VVAA *La economía invisible y las desigualdades de género: La importancia de medir y valor el trabajo no remunerado*. Organización Panamericana de la Salud – CEPAL – CSIC, Washington, pp. 99-150, 2008.

Gráfico III.1

Mortalidad observada y curvas teóricas de supervivientes a la discapacidad, mala salud, y enfermedades crónicas. Líneas de supervivientes, según género.



Fuente: INE, 2002. "Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud, 1999".

III.2.- Salud y discapacidad, dos conceptos distintos

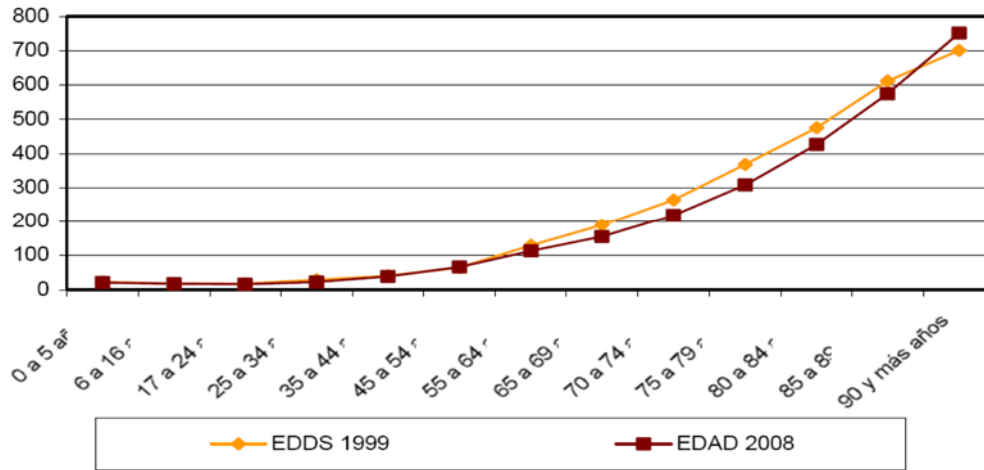
El gráfico III.2 muestra las tasas de discapacidad según edad en 1999 y 2008. Son curvas muy similares, la evolución 1999-2008 refleja un ligero descenso en las tasas de discapacidad entre los 55 y los 90 años, invirtiéndose la tendencia a partir de esa edad. Significaría una mejora real si respondiese a la misma definición y método de medida, pero pequeñas variaciones metodológicas u organizativas tienen efectos muy visibles en estas estimaciones. Se trata de indicadores muy elásticos, y como ya hemos visto, en el lenguaje común hay tal variedad de acepciones de uso que la medición requiere un esfuerzo de concentración en los criterios de medición para que los aspectos administrativos o metodológicos no interfieran, sesgando los resultados al alza o a la baja. De hecho, las grandes diferencias regionales que se observan en la EDAD 2008 permiten suponer que este sesgo metodológico u organizativo puede haber afectado a la medición en algunas Comunidades Autónomas.

El repunte de discapacidad observado en el último tramo de edad refleja una tendencia natural, que es en buena parte consecuencia del propio progreso sociosanitario: disminuye la mortalidad pero aumenta la proporción de personas muy mayores y entre ellas, el de personas enfermas.

Gráfico III.2

Evolución de la discapacidad según el ciclo vital, 1999-2008.

**Personas con discapacidad por grupos de edad EDDS1999
y EDAD2008**(Tasas por mil habitantes)



Fuente: INE, 2002. "Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud, 1999".

INE, 2008. "Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia" (EDAD 2008).

Tabla III.2.1.

Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Resultados nacionales: cifras relativas

Porcentaje de personas con discapacidad según su estado de salud por edad y sexo.
(porcentaje)

	Total	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
Total						
Ambos sexos	100	2,13	24,39	44,13	22,83	6,51
Varones	100	3,06	30,46	41,47	19,44	5,57
Mujeres	100	1,51	20,37	45,90	25,09	7,14
De 6 a 64 años						
Ambos sexos	100	3,73	33,5	40,62	17,82	4,34
Varones	100	4,74	39,47	37,36	14,42	4,01
Mujeres	100	2,78	27,91	43,67	21,00	4,64
De 6 a 44 años						
Ambos sexos	100	6,77	47,25	31,33	11,45	3,20
Varones	100	7,67	50,72	27,61	10,75	3,24
Mujeres	100	5,59	42,71	36,20	12,36	3,14
De 45 a 64 años						
Ambos sexos	100	1,79	24,73	46,54	21,88	5,06
Varones	100	2,28	30,01	45,56	17,50	4,65
Mujeres	100	1,42	20,74	47,28	25,18	5,37
De 65 a 79 años						
Ambos sexos	100	1,09	17,14	48,57	26,35	6,84
Varones	100	1,63	21,66	46,78	23,14	6,79
Mujeres	100	0,77	14,39	49,66	28,31	6,87
De 65 a 74 años						
Ambos sexos	100	1,10	17,39	48,5	26,47	6,53
Varones	100	1,66	21,84	46,56	23,03	6,90
Mujeres	100	0,75	14,57	49,73	28,66	6,30
De 75 a 79 años						
Ambos sexos	100	1,08	16,78	48,68	26,18	7,27
Varones	100	1,59	21,4	47,1	23,29	6,63
Mujeres	100	0,79	14,14	49,58	27,84	7,64
De 80 y más años						
Ambos sexos	100	0,90	19,01	44,3	26,36	9,44
Varones	100	0,98	21,15	43,79	26,42	7,66
Mujeres	100	0,87	18,11	44,51	26,33	10,18

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

La percepción de la propia salud es hasta cierto punto independiente de la discapacidad una vez que ésta se asume. Sólo el 6'5% de los discapacitados dice tener "muy mala salud" y la suma de quienes la tienen "mala" y "muy mala" (29%) es casi igual a la de quienes dicen tenerla "buena" o "muy buena" (26%). En todos los grupos de edad, las mujeres discapacitadas declaran tener peor salud que los varones.

III.3.- La instauración de la discapacidad durante el ciclo de vida hombres y mujeres.

La discapacidad va instaurándose lentamente a lo largo del ciclo vital, hasta hacerse cuarenta veces más intensa en el último tramo de edad (90 y más años) de lo que era en el primero (menores de cinco años)³.

Los hombres tienen una tasa de discapacidad inferior a la de las mujeres (70 sobre 100), pero esta situación ventajosa sólo aparece a partir de los cuarenta y cinco años. Hasta entonces, esto es, durante la infancia, juventud y primera mitad de la edad central, son menores, o sea mejores, las tasas de discapacidad de las mujeres. Coincide a grandes rasgos con el dilatado período en que son prestadores de cuidado a sus familiares. El lento camino hacia la fragilización sigue su trayectoria intensificándose hasta los 84 años, en que alcanza su punto máximo. Por cada mil varones de esa edad hay 336 discapacitados, por cada mil mujeres hay 484 discapacitadas. La proporción es de 1 a 1'44. A partir de ahí, en el tramo final de la vida, las tasas inician un proceso de convergencia en la discapacidad de mujeres y hombres. (tabla A-III.3.1)

El descenso/ascenso en las tasas de discapacidad tiene su contrapartida parcial en las tasas de mortalidad, que son más intensas para los varones. Por así decirlo, la muerte va filtrando los varones frágiles y eliminándolos con mayor rudeza que respecto a las mujeres frágiles.

III.4.- La acumulación de discapacidades.

La discapacidad puede ser única o múltiple. La acumulación se intensifica a lo largo del ciclo vital, y las mujeres discapacitadas acumulan más discapacidades que los varones. En parte se debe a que como media son mayores en todos los grandes grupos de edad (hay mayor proporción de mujeres en los escalones altos), pero también sucede cuando este factor se excluye. Se debe simultáneamente a causas biológicas y sociales.

Tabla III.4.1

La acumulación de discapacidades

Unidades: tasa por 1000 habitantes de 6 y más años

	Total			De 6 a 64 años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	89,7	72,6	106,34	44,76	42,69	46,88
Sólo una discapacidad	12,99	13,97	12,03	8,48	9,26	7,68
Dos discapacidades	12,92	11,86	13,95	7,87	7,4	8,35
De tres a diez discapacidades	40,02	30,12	49,64	20,27	17,78	22,82
De once o más discapacidades	23,78	16,64	30,72	8,14	8,25	8,02
	De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	223,91	187,72	253,71	514,56	418,64	568,93
Sólo una discapacidad	34,37	38,69	30,82	34,31	46,56	27,37
Dos discapacidades	33,8	31,92	35,34	45,02	53,72	40,1
De tres a diez discapacidades	105,64	77,65	128,69	208,79	172,86	229,16
De once o más discapacidades	50,1	39,46	58,87	226,43	145,5	272,3

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008

³ Aunque no se refiera a la discapacidad, es interesante el estudio del Real Automóvil Club "Mayores al volante", mayo 2013, sobre pautas de conducción asociadas con la edad.

III.5.- La evolución temporal de la gravedad de la discapacidad.

Las discapacidades evolucionan hacia mayor gravedad a lo largo del ciclo vital, tanto por la aparición de nuevas discapacidades severas como por el frecuente agravamiento de las antiguas. Entre los discapacitados que dicen no recibir ayudas, la mitad sufren discapacidad total. Es difícil de explicar que si la discapacidad es total puedan sobrevivir sin ayudas. Probablemente se refieren a una definición administrativa de la discapacidad (por ejemplo, para ejercer una profesión) que no impide las actividades de la vida cotidiana: o bien, el discapacitado recibe ayudas privadas que paga por sí mismo o ayudas no remuneradas que no incluye en el tipo de ayuda definida por la encuesta.

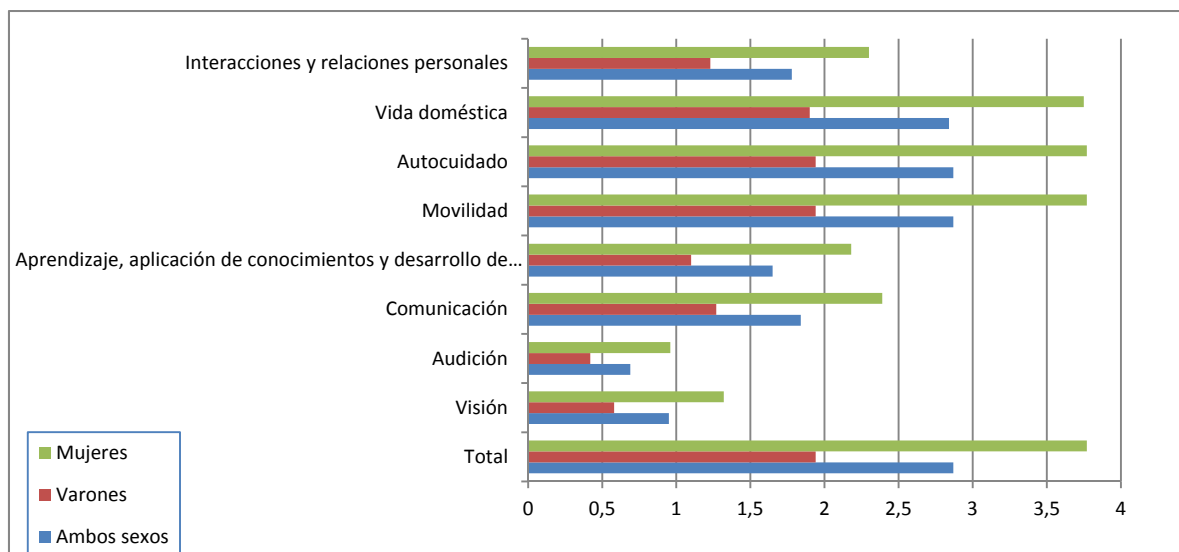
Las mujeres inician el ciclo vital con menos discapacidad que los varones, se igualan hacia los 45 años y empeoran progresivamente. La tasa de discapacidad total entre quienes reciben ayuda es la mitad para los varones que para las mujeres (10'64‰ frente a 22'22‰) e igual sucede entre quienes no reciben ayuda (22'2‰ frente a 42'96‰) (tablas A-III.5.1 y A-III.5.2). A partir de los 80 años la tasa de discapacidad total de las mujeres es un 65% más alta que los varones entre quienes reciben ayuda y un 75% entre quienes no la reciben. Lo mismo sucede respecto a la discapacidad severa.

III.6.- Los niveles severos de discapacidad y dependencia. Los encamados permanentes.

Los encamados representan el sector más dependiente de los discapacitados y el que más recursos de tiempo de cuidado necesita y consume. Hay 121 mil personas discapacitadas que están en cama de forma permanente, de ellos dos tercios son mujeres. Entre la población discapacitada encamada mayor de ochenta años (70 mil personas), el 79% son mujeres.

Gráfico IV.6.1

Tasa de población con discapacidad que está en cama de forma permanente según grupo de discapacidades que tiene ,por edad y sexo.



Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

IV.- La conversión de la discapacidad en derechos reclamables. Diferencias entre hombres y mujeres.

Las situaciones de enfermedad o discapacidad no generan derechos por sí mismas, sino por un contrato social implícito o explícito que así lo establezca. El certificado de minusvalía es el reconocimiento por parte de la Administración Pública de que un individuo carece de capacidad para realizar algún tipo de actividad. Como tal acto administrativo, su función es garantizar o proteger algún tipo de derecho en el ámbito público, y es más útil o necesario para quienes están muy integradas en la vida laboral o ciudadana que para aquellos cuya vida transcurre sobre todo en el ámbito doméstico o familiar. En esta última categoría abundan los mayores y las mujeres. Sólo el 37% de los varones discapacitados de 6 a 44 años carecen del correspondiente certificado de minusvalía, en tanto que para las mujeres del mismo grupo de edad es el 47%, casi la mitad de las discapacitadas. Entre los mayores de 80 años casi se igualan los hombres y mujeres que carecen de certificado, en torno al 85%; no se dan de alta si no lo hicieron en edades más jóvenes.

El reconocimiento público de la discapacidad propia o ajena no es un tema sencillo, lo mediatizan numerosos aspectos legales, psicológicos, económicos, sociales y éticos. ¿A quién corresponde el derecho y el deber de hacerlo público? ¿Se cumple lo establecido por el Código Civil? ¿En qué responsabilidad incurre quien no lo hace? ¿Cuál es y/o debiera ser el grado de autonomía del propio enfermo o discapacitado?

Este es un tema que requiere un debate profundo, más allá del muy evidente de la posible picaresca y abusos en las tramitaciones del reconocimiento administrativo. Afecta no sólo a la incapacidad transitoria o permanente sino a la autonomía del sujeto en relación a las fases terminales de la enfermedad y a sus propias condiciones de muerte, lo que pueden denominarse los “*derechos de salida*”. Es un debate nacional pendiente al que la opinión pública es muy sensible y al que probablemente han aportado más algunas películas (por ejemplo, la reciente y muy laureada “Amor” de Michael Haneke) que los escasos debates administrativos.

Tabla IV.1**Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Resultados nacionales: cifras relativas**

Porcentaje de personas con discapacidad según tengan o no Certificado de Minusvalía por edad y sexo.
(porcentaje)

	Total	Tiene Certificado de Minusvalía	No tiene Certificado de Minusvalía
Total			
Ambos sexos	100	35,03	64,97
Varones	100	43,78	56,22
Mujeres	100	29,22	70,78
De 6 a 64 años			
Ambos sexos	100	53,15	46,85
Varones	100	60,11	39,89
Mujeres	100	46,62	53,38
De 6 a 44 años			
Ambos sexos	100	58,66	41,34
Varones	100	62,71	37,29
Mujeres	100	53,36	46,64
De 45 a 64 años			
Ambos sexos	100	49,62	50,38
Varones	100	57,92	42,08
Mujeres	100	43,36	56,64
De 65 a 79 años			
Ambos sexos	100	28,25	71,75
Varones	100	34,47	65,53
Mujeres	100	24,45	75,55
De 65 a 74 años			
Ambos sexos	100	33,48	66,52
Varones	100	40,94	59,06
Mujeres	100	28,7	71,3
De 75 a 79 años			
Ambos sexos	100	21,03	78,97
Varones	100	24,87	75,13
Mujeres	100	18,83	81,17
De 80 y más años			
Ambos sexos	100	15,39	84,61
Varones	100	16,95	83,05
Mujeres	100	14,74	85,26

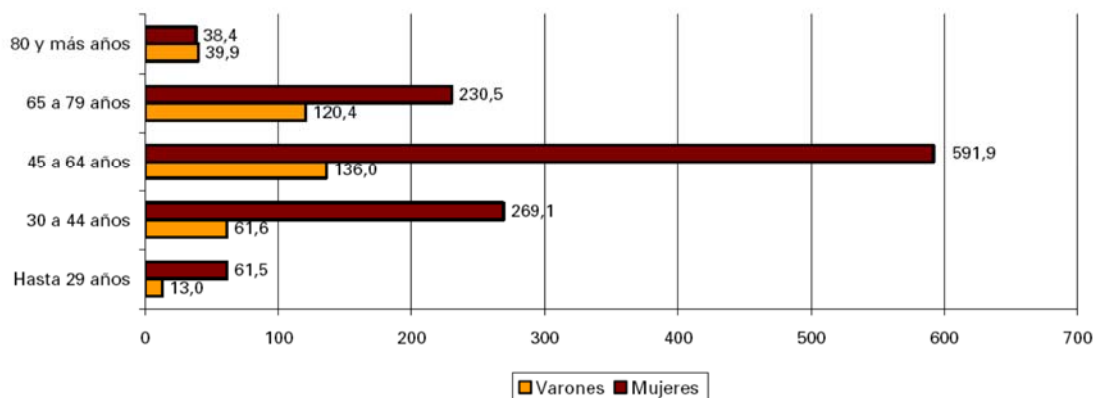
Fuente: INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

V.- Los cuidadores y la riqueza invisible del cuidado.

V.1.- Los cuidadores

Ninguna otra actividad de la economía española consume tanto trabajo como el cuidado. Sin embargo, es invisible en la Contabilidad Nacional. En línea con la propuesta de la Comisión de Alto Nivel para la Medición del Rendimiento Económico y el Progreso Social (Stiglitz, Sen, Fitoussi, 2009), este tipo de actividad es producción y no consumo⁴. La calidad de vida y el bienestar de un país están estrechamente ligados a la disponibilidad de cuidado suficiente y de buena calidad⁵. Las mujeres cuidadoras son tres veces más numerosas que los hombres cuidadores, casi cuatro veces y media más numerosas entre los menores de sesenta y cinco años. Entre los 30 y los 65 años, ellas asumen más del 80% de la carga del cuidado.

Personas que reciben cuidados personales según el grupo de edad y sexo del cuidador (miles de personas)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística sobre datos EDAD 2008

⁴ Durán, M.A. *El trabajo no remunerado en la economía global*, Fundación BBVA, 2012.

⁵ Durán, M.A. "Ten Good Reasons for Measuring Unremunerated Work in Health Care" en VVAA *The Invisible Economy and Gender Inequalities. The Importance of Measuring and Valuing Unpaid Work*, Pan American Health Organization (PAHO), Washington, 2010.

Tabla V.1.2

Población con discapacidad según edad y el sexo del cuidador principal

Unidades: miles de personas con discapac. de 6 y más años que reciben cuidados personales

	A	B	C	D	E	F	G	H
	Total	Varones	Mujeres	No consta	% B sobre A	% C sobre A	% D sobre A	% C sobre B
Total								
Total	2.088,10	378,2	1.198,10	511,8	18,1	57,4	24,5	316,8
Hasta 29 años	71,1	13	58,2	0,0	18,3	81,9	0,0	447,7
De 30 a 44 años	312,2	62,4	249,8	0,0	20,0	80,0	0,0	400,3
De 45 a 64 años	728,8	134,9	593,9	0,0	18,5	81,5	0,0	440,3
De 65 a 79 años	353,2	121,8	231,3	0,0	34,5	65,5	0,0	189,9
De 80 y más años	78,1	40,1	38	0,0	51,3	48,7	0,0	94,8
No consta	544,7	6,1	26,8	511,8	1,1	4,9	94,0	439,3

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

V.1.1.- ¿Quién cuida a los discapacitados y/o dependientes?

Según la EDAD 2008, los servicios sociales (Administraciones Públicas, ONG's, etc) aportan solamente el 2'37% de los cuidadores personales, una parte muy pequeña del conjunto de los cuidadores. Por razones culturales e históricos, la feminización del cuidado se produce en todos los tipos de parentesco y en todos los grupos de edad. La proporción de cuidadores hija/hijo es 4'1; la de hermana/hermano es 5'4; la de madre/padre es 9'3. En estas circunstancias es muy difícil que las mujeres puedan incorporarse en condiciones de igualdad a la vida social, política o profesional.

El cuidador más frecuente es el cónyuge, pero esta afirmación general deja de ser cierta si se diferencia la situación de hombres y mujeres. A los hombres les cuida, por este orden de importancia numérica, su cónyuge o pareja (41%), su madre (18%) y su hija (16%). A las mujeres en cambio les cuidan sobre todos sus hijas (36%), su cónyuge (20%) y otros parientes. Los hombres disponen de mejor cobertura de cuidadoras familiares gratuitas, por lo que sólo el 5% recurre a empleados a los que han de remunerar. Las mujeres disponen de peor cobertura por parte de cuidadores familiares gratuitos y en el 10% de los casos, el doble que los varones, han de recurrir a un cuidador remunerado.

Algunas de estas peculiaridades se agudizan con el envejecimiento; a partir de los ochenta años el 30% de los hombres y sólo el 6% de las mujeres cuentan con su cónyuge como principal cuidador. El papel de las hijas gana especial protagonismo cuando se trata de atender a mujeres discapacitadas mayores (48% de sus cuidadores principales son sus hijas).

Tabla VI.1.1.

Porcentaje de personas con discapacidad según la relación del cuidador principal con la persona con discapacidad por CCAA, edad y sexo de la persona con discapacidad

Unidades: porcentaje de personas con discapacidad que reciben cuidados

	Total			De 6 a 64 años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total						
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Cónyuge o pareja	27,65	41,32	20,15	35,13	34,05	36,18
Hija	29,15	15,85	36,44	6,89	1,27	12,40
Hijo	7,14	4,37	8,66	2,88	1,18	4,55
Hermana	3,62	4,68	3,04	6,61	6,43	6,79
Hermano	0,67	1,00	0,48	1,17	1,61	0,74
Madre	10,38	17,60	6,42	35,41	42,94	28,02
Padre	1,12	2,21	0,51	3,81	5,40	2,24
Otro pariente	8,43	5,67	9,94	2,61	2,80	2,41
Empleado	8,19	5,23	9,81	3,23	2,29	4,14
Amigos y vecinos	0,48	0,40	0,53	0,62	0,76	0,49
Servicios sociales (AAPP, ONG)	2,37	0,91	3,16	1,19	0,65	1,72
Otras personas	0,81	0,75	0,85	0,46	0,61	0,32
	De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total						
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Cónyuge o pareja	41,96	62,71	30,61	12,18	30,24	6,00
Hija	27,76	14,25	35,16	45,92	37,54	48,79
Hijo	8,87	6,00	10,44	8,94	7,18	9,54
Hermana	3,35	5,47	2,19	1,69	1,48	1,77
Hermano	0,59	1,06	0,33	0,37	0,11	0,45
Madre	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Padre	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Otro pariente	6,37	4,51	7,38	14,03	10,78	15,14
Empleado	7,23	3,70	9,16	12,39	10,81	12,93
Amigos y vecinos	0,44	0,14	0,60	0,41	0,15	0,50
Servicios sociales (AAPP, ONG)	2,24	1,11	2,85	3,29	1,09	4,05
Otras personas	1,20	1,06	1,28	0,78	0,63	0,84

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008

V.1.2.- La convivencia entre los cuidadores y sus receptores de cuidados personales. Las relaciones siamésicas.

La intensidad de la interacción entre el cuidador y el receptor de cuidados personales es muy variable. En el extremo del arco se sitúan las relaciones superficiales, breves, no frecuentes, sin implicación personal. Y en el extremo opuesto, lo que podrían denominarse relaciones siamésicas, tan intensas que cuidador/cuidado forman una unidad inseparable. Aunque no es imprescindible que así suceda, la coresidencialidad es un indicador de intensidad de la relación, ya que no sólo se comparte al tiempo sino el espacio.

La proporción de cuidadores que no conviven en el mismo hogar del discapacitado es el 8% entre los varones y el 22% entre las mujeres. La mayoría de los varones sólo cuida si se trata del círculo muy inmediato y no hay otra persona disponible. Las mujeres cuidan a aquellos con quienes conviven, y llevan a convivir con ellas en mayor proporción que sus cónyuges a sus dependientes consanguíneos. Asumen, además, el cuidado de los convivientes de la anterior generación, la misma o la siguiente. Las cuidadoras convivientes son 2'7 veces más numerosas que los cuidadores convivientes, pero las cuidadoras no convivientes son 9 veces más numerosas que los hombres en igual situación.

La tendencia se mantiene en todas las Comunidades Autónomas, pero con grandes diferencias entre ellas en el índice de coresidencialidad (mínimo 53% en Murcia, máximo en Melilla 84% y la Rioja 77%). El alto índice de coresidencialidad es lo que permite un elevado número de horas diarias de dedicación a los discapacitados. En este sentido, hay que destacar el alto coste para la prestación de servicios de cuidado de la tendencia hacia los hogares unipersonales o monogeneracionales, así como el de los patrones urbanísticos de segregación espacial .

La proporción de mujeres cuidadoras respecto a hombres cuidadores va del 2 a 1 en Aragón hasta el 6'5 a 1 en Murcia, sin que sean inmediatamente visibles las causas (diferente estructura productiva, envejecimiento de la población, coste de oportunidad relativo) que pudieron originar tales diferencias.

La edad de los cuidadores refleja en parte la estructura demográfica y productiva de cada Comunidad Autónoma. El arco de edad que aporta más cuidadores es el de 45 a 64 años, seguido del de 65 a 70 años.

Tabla V.1.2

Cuidadores y Asistencia Personal. Comunidades autónomas: cifras absolutas

Población con discapacidad según CCAA, el lugar de residencia y el sexo del cuidador principal

Unidades: miles de personas con discapac. de 6 y más años que reciben cuidados personales

	Ambos sexos	Varones	Mujeres	No consta	% en el hogar de la persona que cuida	% Mujeres sobre hombres
Total						
Total	2088,1	378,2	1198,1	511,8	61,3	316,8
En el hogar de la persona que cuida	1280,2	348,7	931,5	0,0		267,1
En otro hogar	343,0	29,5	266,6	46,9		903,7
No consta	464,9	0,0	0,0	464,9		0,0
Andalucía						
Total	415,7	64,2	242,9	108,6	57,7	378,3
En el hogar de la persona que cuida	239,9	60,0	179,9	0,0		299,8
En otro hogar	74,1	4,1	63,0	7,0		1536,6
No consta	101,6	0,0	0,0	101,6		0,0
Aragón						
Total	59,2	18,6	36,5	4,1	76,2	196,2
En el hogar de la persona que cuida	45,1	17,4	27,7	0,0		159,2
En otro hogar	11,5	1,2	8,8	1,5		733,3
No consta	2,7	0,0	0,0	2,7		0,0
Asturias (Principado de)						
Total	59,4	11,7	37,7	10,0	67,7	322,2
En el hogar de la persona que cuida	40,2	11,0	29,2	0,0		265,5
En otro hogar	9,4	0,7	8,5	0,2		1214,3
No consta	9,8	0,0	0,0	9,8		0,0
Balears (Illes)						
Total	39,7	4,6	22,5	12,7	57,7	489,1
En el hogar de la persona que cuida	22,9	4,2	18,7	0,0		445,2
En otro hogar	5,0	0,4	3,8	0,9		950,0
No consta	11,7	0,0	0,0	11,7		0,0
Canarias						
Total	78,3	10,9	41,2	26,3	54,9	378,0
En el hogar de la persona que cuida	43,0	10,3	32,8	0,0		318,4
En otro hogar	10,1	0,6	8,4	1,1		1400,0
No consta	25,1	0,0	0,0	25,1		0,0
Cantabria						
Total	25,0	5,9	15,6	3,5	75,2	264,4
En el hogar de la persona que cuida	18,8	5,4	13,5	0,0		250,0
En otro hogar	3,0	0,5	2,2	0,4		440,0
No consta	3,1	0,0	0,0	3,1		0,0
Castilla y León						
Total	129,6	27,6	80,0	22,0	65,3	289,9
En el hogar de la persona que cuida	84,6	23,9	60,6	0,0		253,6
En otro hogar	28,3	3,7	19,3	5,3		521,6
No consta	16,7	0,0	0,0	16,7		0,0
Castilla-La Mancha						
Total	99,0	21,1	62,8	15,2	62,4	297,6
En el hogar de la persona que cuida	61,8	19,5	42,3	0,0		216,9
En otro hogar	23,3	1,6	20,5	1,2		1281,3
No consta	14,0	0,0	0,0	14,0		0,0
Cataluña						
Total	301,6	53,0	144,0	104,6	56,2	271,7
En el hogar de la persona que cuida	169,5	49,7	119,8	0,0		241,0
En otro hogar	34,2	3,2	24,2	6,7		756,3
No consta	97,9	0,0	0,0	97,9		0,0

	Ambos sexos	Varones	Mujeres	No consta	% en el hogar de la persona que cuida	% Mujeres sobre hombres
Comunitat Valenciana						
Total	246,5	53,4	148,2	44,9	64,6	277,5
En el hogar de la persona que cuida	159,3	48,9	110,4	0,0		225,8
En otro hogar	45,9	4,5	37,8	3,6		840,0
No consta	41,3	0,0	0,0	41,3		0,0
Extremadura						
Total	61,3	9,8	32,8	18,7	53,7	334,7
En el hogar de la persona que cuida	32,9	9,6	23,3	0,0		242,7
En otro hogar	11,8	0,1	9,5	2,2		9500,0
No consta	16,5	0,0	0,0	16,5		0,0
Galicia						
Total	171,0	33,2	116,4	21,4	74,8	350,6
En el hogar de la persona que cuida	127,9	30,1	97,8	0,0		324,9
En otro hogar	23,1	3,1	18,5	1,5		596,8
No consta	19,9	0,0	0,0	19,9		0,0
Madrid (Comunidad de)						
Total	196,5	32,4	87,4	76,7	53,2	269,8
En el hogar de la persona que cuida	104,6	30,2	74,4	0,0		246,4
En otro hogar	24,5	2,2	13,0	9,4		590,9
No consta	67,3	0,0	0,0	67,3		0,0
Murcia (Región de)						
Total	76,3	6,9	44,7	24,7	52,8	647,8
En el hogar de la persona que cuida	40,3	6,6	33,7	0,0		510,6
En otro hogar	11,5	0,4	11,0	0,2		2750,0
No consta	24,5	0,0	0,0	24,5		0,0
Navarra (Comunidad Foral de)						
Total	24,8	3,3	14,9	6,6	60,5	451,5
En el hogar de la persona que cuida	15,0	2,7	12,2	0,0		451,9
En otro hogar	3,9	0,5	2,7	0,7		540,0
No consta	5,9	0,0	0,0	5,9		0,0
País Vasco						
Total	87,2	18,8	58,5	9,9	70,3	311,2
En el hogar de la persona que cuida	61,3	16,4	45,0	0,0		274,4
En otro hogar	20,3	2,5	13,5	4,3		540,0
No consta	5,6	0,0	0,0	5,6		0,0
La Rioja						
Total	10,2	1,9	7,2	1,1	77,5	378,9
En el hogar de la persona que cuida	7,9	1,9	6,0	0,0		315,8
En otro hogar	1,7	0,0	1,2	0,5		0,0
No consta	0,6	0,0	0,0	0,6		0,0
Ceuta						
Total	3,8	0,6	2,4	0,8	65,8	400,0
En el hogar de la persona que cuida	2,5	0,5	2,0	0,0		400,0
En otro hogar	0,6	0,0	0,4	0,2		0,0
No consta	0,6	0,0	0,0	0,6		0,0
Melilla						
Total	3,1	0,5	2,5	0,1	83,9	500,0
En el hogar de la persona que cuida	2,6	0,4	2,1	0,0		525,0
En otro hogar	0,5	0,0	0,4	0,1		0,0
No consta	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

V.1.3.- El nivel de estudios de los cuidadores

Los hombres que producen cuidados personales tienen un nivel de estudios más bajo que las mujeres. Hay 2'6 veces más cuidadoras que cuidadores con estudios universitarios. Para los varones, la elevada cualificación es un disuasor o antídoto frente al riesgo/derecho a convertirse en cuidador, lo que no sucede entre las mujeres, tanto si se trata de cuidadores familiares como de cuidadores profesionales (tabla A-V.1.3).

V.2.- Los tiempos del cuidado.

Una de las dificultades metodológicas que plantean las encuestas sobre uso del tiempo es la interpretación de los intervalos extremos, especialmente el que agrupa a quienes dedican mucho tiempo a una actividad. Siendo lo habitual que el último intervalo agrupe a quienes dedican “más de ocho horas”, y siendo veinticuatro el límite diario material, en este intervalo cabe un rango de 16 horas, con un mínimo de 8 y un máximo de 24. Al establecer ponderaciones, la asignación de un valor a este intervalo tiene gran repercusión sobre el valor de las medias para el total de los entrevistados. Según los propios discapacitados, el 36% recibe diariamente más de ocho horas de cuidados; si se descartan los que no responden, el 48% de los discapacitados reciben más de ocho horas diarias de cuidados, sean intervenciones activas o mera atención y disponibilidad.

En una de las escasas encuestas monográficas sobre los tiempos del cuidado (realizada en 2009 desde el CSIC y dirigida por M.A. Durán) a población general mayor de 18 años, el tiempo medio de cuidado que según los entrevistados necesitaban los mayores dependientes era cercano a las 17 horas diarias.

Para este estudio se han obtenido dos medias del tiempo de dedicación recibido por los discapacitados. Utilizando la EDAD 2008 y la misma escala de ponderación para el resto de categorías, en la primera estimación se ha asignado solamente 8 horas a quienes dicen recibir “más de ocho horas diarias” de cuidado (escala A). En la segunda escala (escala B) se les ha asignado dieciséis horas diarias, que es la mitad del intervalo entre 8 y 24 horas. La media de horas recibidas por el conjunto de los discapacitados es en el primer caso 5'73 horas diarias y en el segundo caso es 9'61 horas diarias.

Los discapacitados varones reciben en el primer caso una media de 5'91 horas diarias de cuidado, y las mujeres 5'64. Según el segundo tipo de escala, los hombres reciben 10'04 horas diarias de cuidado y las mujeres 9'38 horas. Sea cual sea la escala utilizada, los varones discapacitados reciben como media entre un 5% y un 7% más de tiempo de cuidado que las mujeres.

A grosso modo, si se aplica un precio/valor de 10 euros a cada hora de cuidado (en algunas localidades, el coste/hora de los cuidadores a domicilio enviados por la Administración Pública es 30 euros/hora) (Durán, M.A., 2014)⁶, los discapacitados reciben diariamente en España un caudal de horas de cuidado de entre 12 y 20 millones de horas (escala A o escala B), equivalente a entre 120 y 200 millones de euros diarios; o 43.800 vs. 73.000 millones de euros anuales, casi en su totalidad no remunerado. Es demasiada riqueza como para pasar

⁶ Durán, M.A. *Los mayores en la economía de Euskadi*, Gobierno Vasco, 2014.

inadvertida, casi invisible. También es cuando menos discutible que se la etiquete con el apelativo de “cuidado informal”, como si fuese imperfecta o en cierto modo deficitaria o carente de calidad respecto al tipo de cuidado que se ofrece en las instituciones. La clasificación básica es la de cuidado remunerado vs. no remunerado, y esta es la única categoría de profundo significado social, económico y político. Las demás son útiles pero accesorias.

Tabla V.2.1
La riqueza invisible del cuidado.

Horas diarias de cuidado recibidas por discapacitados	Ambos sexos (N)	%	Escala A	Escala B
Total, N en miles	2088,1			
Menos de una hora	15,6	1,0	1,0	1,0
De 1 a 2 horas	320,3	20,7	31,0	31,0
De 3 a 5 horas	286,0	18,5	73,9	73,9
De 6 a 8 horas	175,9	11,4	79,5	79,5
Más de 8 horas	750,7	48,5	775,7	387,8
No consta	539,6	--	--	--
Total menos No consta	1548,5	100,0		
Media de horas diarias recibidas por discapacitado, según Escala A			9,6	
Media de horas diarias recibidas por discapacitado, según Escala B				5,7
Horas diarias recibidas por los discapacitados, en miles:			20.045,76	11.902,17

Media de horas recibidas por discapacitado, según escala A=9,6 horas diarias.

Media de horas diarias recibidas por discapacitado, según Escala B = 5,7 horas diarias

Horas diarias de cuidados recibidas por el conjunto de los discapacitados, según Escala A = 20.045.760 horas

Horas diarias de cuidados recibidas por el conjunto de los discapacitados, según Escala B = 11.902.170 horas

Escala A de ponderación: Menos de 1 hora=1; De 1 a 2 horas= 1,5; De 3 a 5 horas=4; De 6 a 8 horas=7; Más de 8 horas=16.

Escala B de ponderación: Menos de 1 hora=1; De 1 a 2 horas= 1,5; De 3 a 5 horas=4; De 6 a 8 horas=7; Más de 8 horas=8.

Se ha supuesto que los que no responden tienen una dedicación igual a la media.

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

V.3.- La situación económica de los cuidadores principales.

¿Con qué medios de subsistencia cuentan los discapacitados? A esta pregunta responden buena parte de las políticas públicas de protección ante la discapacidad, que con frecuencia se vinculan con el origen o causa de la misma (laboral, por accidente, congénita, sobrevenida, por edad, etc...). Sin embargo, es poco común que esta misma pregunta se extienda a quienes les prestan cuidado: ¿Con qué medios de subsistencia cuentan los cuidadores de discapacitados?

Del análisis de cualquier encuesta que aborde el tema de la discapacidad o dependencia se desprende inmediatamente la polisemia de los términos “cuidado” y “cuidador”; especialmente en la versión del cuidado como responsabilidad y en su versión como ejecución de tareas físicas de atención al dependiente. Los papeles de “responsable” y de “ejecutor” de cuidados no tienen por qué coincidir en la misma persona y de hecho frecuentemente no coinciden (véase, por ejemplo, la EDAD 2008 o la Encuesta de Necesidades Sociales del País Vasco, 2010).

La EDAD 2008 ofrece información sobre la relación con la actividad laboral de los cuidadores, pero una cuarta parte de los entrevistados no responden a las preguntas sobre el cuidador principal y no es posible saber si la falta de contestación se corresponde con alguna situación específica (por ejemplo, no hay un único cuidador principal) o si se distribuye normalmente entre todas las situaciones.

Así pues, las respuestas sobre la situación laboral del cuidador principal pueden referirse al responsable o al principal ejecutor de los cuidados. En cualquier caso, la proporción es de 3'17 mujeres cuidadoras principales por cada hombre. El dato menos esperado, y al que todavía no se han adaptado las leyes ni la organización social, es que entre los cuidadores que tienen empleo la proporción de mujeres sobre hombres es asimismo muy elevada, 3'54 veces más alta. Evidentemente, la responsabilización y sobre todo la ejecución material de los cuidados es difícilmente compatible con la carrera profesional.

Una quinta parte (21%) de los cuidadores son personas mayores de sesenta y cinco años. Teóricamente han alcanzado la edad del descanso como consecuencia de su jubilación pero en realidad dedican más horas semanales a cuidar a otros de lo que establece la jornada máxima laboral en la mayoría de los convenios colectivos.

Los cuidadores que tienen empleo son el 35% de los que responden (31% de los varones, 35% de las mujeres) y hay que preguntarse cómo pueden simultanear su condición de ocupados con la de cuidadores, qué redistribución de tareas domésticas y laborales introducen en su vida diaria, con quién comparten/delegan el cuidado, cómo repercute el cuidado en su ejercicio profesional y en su salud y vida afectiva, qué proporción de sus recursos materiales han de dedicar a sufragar su condición de ocupados/cuidadores.

A los cuidadores con empleo se les puede suponer una base material de subsistencia, pero ¿de qué viven los cuidadores que no reciben salario ni trabajan en un negocio propio? El 9% de los varones y el 7% de las mujeres cuidadoras están en desempleo. Parte de ellos cobran seguro de desempleo, pero ¿De qué vive el resto? En el caso de los cuidadores varones, casi la totalidad de los que no están empleados ni en el paro reciben una pensión contributiva (52%

del total de cuidadores). Para las mujeres la situación es muy distinta, sólo reciben una pensión contributiva el 13% de las cuidadoras principales y más de un tercio de las cuidadoras son amas de casa sin retribución personal e individual, que han de subsistir con los recursos materiales transferidos por otros familiares, lo que aumenta hasta casi la certeza su probabilidad de sufrir pobreza a largo plazo.

Las diferencias en el perfil económico del cuidador principal según las CCAA son importantes. Por ejemplo, en Asturias el 21% de los cuidadores están recibiendo una pensión contributiva mientras en Andalucía no llegan al 15%.

La situación laboral y económica de los cuidadores evoluciona a lo largo del ciclo vital y es distinta para hombres y mujeres. Los varones menores de 65 años tienen empleo la mayoría (55%) y casi una quinta parte reciben una pensión contributiva. Las mujeres de la misma edad también tienen empleo en amplia proporción (45%) pero son escasas las que reciben pensión contributiva (6%) y numerosas las dedicadas a tareas del hogar (34%), una opción a la que apenas se autoadscriben los varones. Entre los cuidadores mayores de sesenta y cinco años, los varones prácticamente desaparecen como ocupados (0'6%; en cambio, en las mujeres todavía es visible esta categoría, con el 1'6% de los casos) para convertirse en pensionistas (97%). La mayoría de las mujeres cuidadoras principales mayores son amas de casa (46%) sin recursos materiales propios para su subsistencia: sólo el 40% reciben una pensión contributiva y el 10% una pensión de otro tipo, habitualmente de cuantía muy inferior a la contributiva.

Tabla V.3.2

Población con discapacidad según CCAA, la relación con la actividad, la edad y el sexo del cuidador principal

Unidades: miles de personas con discapac. de 6 y más años que reciben cuidados personales

	Ambos sexos	%	Varones	%	Mujeres	%	No consta	%	% mujeres sobre hombres
Total	2088,1	100,0	378,2	100,0	1198,1	100,0	511,8	100,0	316,8
Trabajando	549,2	26,3	117,1	31,0	414,7	34,6	17,4	3,4	354,1
En desempleo	120,6	5,8	33,8	8,9	86,8	7,2	0,0	0,0	256,8
Percibiendo una pensión contributiva de jubilación o incapacidad permanente	355,9	17,0	195,8	51,8	160,1	13,4	0,0	0,0	81,8
Percibiendo otro tipo de pensión	58,5	2,8	6,8	1,8	51,7	4,3	0,0	0,0	760,3
Incapacitado para trabajar	9,8	0,5	3,4	0,9	6,4	0,5	0,0	0,0	188,2
Estudiando	9,1	0,4	2,7	0,7	6,4	0,5	0,0	0,0	237,0
Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	437,2	20,9	5,8	1,5	431,4	36,0	0,0	0,0	7.437,9
Realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas	2,1	0,1	0,0	0,0	2,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Otra situación	20,3	1,0	7,9	2,1	12,5	1,0	0,0	0,0	158,2
No consta	525,5	25,2	4,9	1,3	26,2	2,2	494,4	96,6	534,7

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

VI.- Necesidades de cuidados y prestaciones efectiva.

VI.1.- Niveles de satisfacción con la ayuda recibida

Para el conjunto de España, la mayoría de las personas con discapacidad que reciben cuidados están satisfechas con el cuidado que reciben y les parece suficiente (64%) pero casi un tercio (30%) están insatisfechos porque lo consideran insuficiente. Entre las Comunidades Autónomas hay diferencias importantes, por lo que las conclusiones válidas a nivel nacional no lo son al autonómico. En general, están algo más insatisfechas las mujeres (32%) que los hombres (28%), y así sucede en la mayoría de las CCAA, aunque no en todas. Existe también una pequeña proporción entre quienes reciben cuidados que afirman que “no necesitan ayuda de otras personas” (5%), siendo ligeramente más frecuente esta respuesta en hombres que en mujeres, pero no en todas las CCAA. La variación entre Comunidades en este aspecto es alta, va del 2% al 14%, lo que hace pensar en distintas interpretaciones del concepto de “cuidados recibidos” o en el modo de administrar la encuesta.

El grado de satisfacción manifestado es similar en todos los grupos de edad para hombres y mujeres, con un ligero repunte entre los sesenta y cinco y setenta y nueve años, que cede a partir de los ochenta.

Tabla VII.1

Porcentaje de personas con discapacidad según el grado de satisfacción de los cuidados recibidos, edad y sexo.

Unidades: porcentaje de personas con discapacidad que reciben cuidados.

	Total			De 6 a 64 años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total						
Total	100	100	100	100	100	100
Sí, satisface sus necesidades	64,36	65,96	63,49	64,36	66,77	62,07
No, es insuficiente	30,36	27,56	31,89	29,77	26,93	32,46
No necesita ayuda de otras personas	5,27	6,48	4,62	5,87	6,3	5,47
	De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	100	100	100	100	100	100
Sí, satisface sus necesidades	63,22	65,49	61,97	65,19	65,33	65,15
No, es insuficiente	31,66	27,89	33,74	29,85	28,08	30,46
No necesita ayuda de otras personas	5,12	6,62	4,29	4,96	6,59	4,39

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008

VI.2.- La franja del descontento.

Según la EDAD 2008 hay casi 2'1 millones de discapacitados, pero de ellos sólo 1'4 millones reciben cuidados personales. Si es que tienen algún tipo de dependencia, esta no es satisfecha por otras personas. En la gran mayoría de los casos los discapacitados que no reciben cuidados personales manifiestan que no los necesitan (83%), pero hay un 17% seriamente descontento que cree necesitar cuidados aunque no los reciba. En este colectivo descontento y que siente que sus necesidades no están cubiertas son mucho más abundantes las mujeres que los hombres. Y no porque sean por naturaleza quejas, sino porque estructuralmente están peor protegidas para recibir cuidados en caso de necesitarlo, tanto por los mecanismos derivados de su actividad laboral (peor cobertura, menos derechos consolidados) como de sus obligaciones familiares (adscripción social del papel de prestadoras de servicios de cuidado, y no de receptoras), junto con los estrictamente demográficos (mayor longevidad, matrimonio con hombres de más edad y alta frecuencia de mujeres sin pareja y sin cuidador potencial conviviente).

El sector que se siente des-cuidado es mayor en la población de edad avanzada, y llega hasta el 31%, casi un tercio, entre las mujeres mayores de 80 años.

Las diferencias entre Comunidades Autónomas respecto a la importancia del sector des-cuidado es grande, con la mínima del 12% en Valencia y el 26% de máxima en Murcia. La tendencia a que el sector des-cuidado sea mayor entre mujeres y entre mayores es común a todas las Comunidades.

Tabla VII.2.1

Cuidadores y Asistencia Personal. Comunidades autónomas: cifras relativas

Porcentaje de personas con discapacidad que no recibe cuidados personales según la necesidad de esos cuidados por CCAA, edad y sexo (porcentaje)

	Total			De 6 a 64 años			De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	16,94	11,13	22,15	13,72	10,19	17,34	19,39	12,11	25,11	23,54	13,06	31,1
No necesita cuidados personales	83,06	88,87	77,85	86,28	89,81	82,66	80,61	87,89	74,89	76,46	86,94	68,9
Andalucía												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	19,84	11,68	26,16	15,15	8,79	20,54	23,5	12,62	30,34	34,88	25,17	43,11
No necesita cuidados personales	80,16	88,32	73,84	84,85	91,21	79,46	76,5	87,38	69,66	65,12	74,83	56,89
Aragón												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	19,65	13,45	25,25	10,92	8,36	13,57	31,27	21,89	37,53	22,76	15,47	30,42
No necesita cuidados personales	80,35	86,55	74,75	89,08	91,64	86,43	68,73	78,11	62,47	77,24	84,53	69,58
Asturias (Principado de)												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	14,18	19,49	9,91	17,06	25,98	9,55	11,86	15,8	8,27	10,73	6,81	13,01
No necesita cuidados personales	85,82	80,51	90,09	82,94	74,02	90,45	88,14	84,2	91,73	89,27	93,19	86,99
Balears (Illes)												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	14,64	12,32	16,51	12,75	13,16	12,31	18,61	12,46	22,57	13,84	0	17,52
No necesita cuidados personales	85,36	87,68	83,49	87,25	86,84	87,69	81,39	87,54	77,43	86,16	100	82,48
Canarias												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	19,27	16,01	22,9	18,4	14,65	23,41	17,58	17,59	17,57	29,76	24,09	32,32
No necesita cuidados personales	80,73	83,99	77,1	81,6	85,35	76,59	82,42	82,41	82,43	70,24	75,91	67,68
Cantabria												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	20,78	13,01	29,31	20,08	15,21	27,43	16,94	5,53	25,17	32,75	11,98	42,97
No necesita cuidados personales	79,22	86,99	70,69	79,92	84,79	72,57	83,06	94,47	74,83	67,25	88,02	57,03
Castilla y León												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	14,03	7,67	19,38	9,24	7,37	11,51	14,3	9,39	17,92	21,88	5,19	31,03
No necesita cuidados personales	85,97	92,33	80,62	90,76	92,63	88,49	85,7	90,61	82,08	78,12	94,81	68,97
Cataluña												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	17,78	12,6	23,32	14,79	9,86	19,74	20,67	18,36	24,22	23,36	5,49	33,99
No necesita cuidados personales	82,22	87,4	76,68	85,21	90,14	80,26	79,33	81,64	75,78	76,64	94,51	66,01

	Total			De 6 a 64 años			De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	12,72	8,73	17,1	12,35	9,27	16,17	12,61	8,6	16,33	14,87	6,05	23,03
No necesita cuidados personales	87,28	91,27	82,9	87,65	90,73	83,83	87,39	91,4	83,67	85,13	93,95	76,97
Extremadura												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	20,97	12,16	27,35	16,26	6,99	24,53	26,7	19,19	30,99	21,57	15,76	25,38
No necesita cuidados personales	79,03	87,84	72,65	83,74	93,01	75,47	73,3	80,81	69,01	78,43	84,24	74,62
Galicia												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	14,87	8,51	19,95	11,11	8,47	13,53	17,18	8,62	22,84	20,11	8,4	30,07
No necesita cuidados personales	85,13	91,49	80,05	88,89	91,53	86,47	82,82	91,38	77,16	79,89	91,6	69,93
Madrid (Comunidad de)												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	16,87	10,96	22,33	12,42	11,16	13,75	19,79	7,93	29,73	26,83	16,8	33,99
No necesita cuidados personales	83,13	89,04	77,67	87,58	88,84	86,25	80,21	92,07	70,27	73,17	83,2	66,01
Murcia (Región de)												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	26,14	19,83	32,67	23,55	18,77	28,98	32,14	18,94	43,63	22,72	30,75	14,72
No necesita cuidados personales	73,86	80,17	67,33	76,45	81,23	71,02	67,86	81,06	56,37	77,28	69,25	85,28
Navarra (Comunidad Foral de)												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	13,85	12,17	15,38	10,34	8,72	12,74	18,35	17,27	19,12	14,93	21,74	13,2
No necesita cuidados personales	86,15	87,83	84,62	89,66	91,28	87,26	81,65	82,73	80,88	85,07	78,26	86,8
País Vasco												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	12,77	5,87	18,72	11,21	7,87	14,49	13,95	4,93	19,59	16,01	0	36,02
No necesita cuidados personales	87,23	94,13	81,28	88,79	92,13	85,51	86,05	95,07	80,41	83,99	100	63,98
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	17,85	11,01	23,09	17,29	13,83	21,9	26,15	0	44,08	8,92	22,23	4,91
No necesita cuidados personales	82,15	88,99	76,91	82,71	86,17	78,1	73,85	100	55,92	91,08	77,77	95,09
Ceuta												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí que necesita cuidados personales	13,43	0	29,83	6,49	0	13,56	12,07	0	31,85	38,54	0	90,62
No necesita cuidados personales	86,57	100	70,17	93,51	100	86,44	87,93	100	68,15	61,46	100	9,38
Melilla												
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100
Sí que necesita cuidados personales	13,89	2,17	20,01	10,09	0	16,9	17,97	10,61	20,58	40,84	0	40,84
No necesita cuidados personales	86,11	97,83	79,99	89,91	100	83,1	82,03	89,39	79,42	59,16	0	59,16

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

VII.- El sistema sociosanitario y la Administración Pública ante las demandas de los dependientes.

VII.1.- La atribución de responsabilidades al sistema sociosanitario por los discapacitados.

Entre la necesidad de ayuda personal, la atribución de responsabilidades y su ejecución por una persona o entidad concreta hay muchas conexiones intermedias. Por así decirlo, es sumamente elástica y responde rápidamente a factores exógenos. Para el sector que necesita y no recibe cuidados, la Encuesta EDAD 2008 sobre cuidados sólo ofrecía tres alternativas sobre quién debiera ejecutar las tareas de cuidado personal: el personal sociosanitario, otras personas (sean o no familiares, pero en cualquier caso no personal sociosanitario) o una mezcla de ambos tipos. Si se trata de personas que no reciben la atención que creen necesitar, es altamente probable que ya hayan agotado la vía para obtener esa atención gratuitamente en el entorno familiar, y por ello buscan otras opciones. Los hombres, que en general poseen más derechos post-laborales y más implicación sociopolítica, destacan más que las mujeres la opción sociosanitaria. Las mujeres, en cambio, apuntan más a las opciones no socio-sanitarias, que sin duda se apoyan en su mayor experiencia en redes informales y de parentesco.

Las distintas estructuras productivas de las CCAA se reflejan en la disparidad de resultados a nivel autonómico; por ejemplo el rango de variación en la respuesta que atribuye el deber de prestar la ayuda al personal sociosanitario va desde el 17% en Extremadura al 74% en Cantabria. Algunos datos son tan extremos (por ejemplo, que el 0% de las mujeres opinen en Asturias que el cuidado de quienes no lo reciben pero lo necesitan deba ser prestado solamente por personal sanitario) que hacen dudar si existen peculiaridades organizativas y administrativas en la Comunidad o sólo se debe a diferentes patrones culturales, económicos y sociales⁷.

⁷ La representatividad de la muestra se reduce cuando el número de casos es bajo, y este riesgo aumenta cuando se trata de clasificaciones extensas como en el caso de las diecisiete CCAA.

Tabla VIII.2.1

Cuidadores y Asistencia Personal. Comunidades autónomas: cifras relativas

Porcentaje de personas con discapacidad que no recibe y necesita cuidados personales según quien considera que debe prestar esa ayuda por CCAA y sexo (porcentaje)

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	37,6	41,0	36,1
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	32,8	26,7	35,5
Ambos	29,6	32,3	28,3
Andalucía			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	39,4	50,0	35,8
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	36,0	23,2	40,3
Ambos	24,6	26,8	23,9
Aragón			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	43,5	38,5	45,9
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	22,7	14,4	26,7
Ambos	33,8	47,2	27,4
Asturias (Principado de)			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	29,0	47,3	0,0
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	48,9	36,6	68,5
Ambos	22,1	16,2	31,6
Balears (Illes)			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	25,3	44,3	15,7
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	23,6	55,7	7,2
Ambos	51,1	0,0	77,2
Canarias			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	35,5	27,3	41,8
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	23,6	26,5	21,4
Ambos	40,9	46,2	36,7
Cantabria			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	73,6	77,0	72,0
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	16,7	9,8	20,1
Ambos	9,7	13,3	7,9
Castilla y León			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	42,1	45,2	41,1
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	36,8	24,1	41,1
Ambos	21,1	30,7	17,9
Castilla-La Mancha			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	41,9	55,4	37,0
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	42,1	41,5	42,3
Ambos	16,0	3,1	20,7
Cataluña			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	59,1	65,3	55,5
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	23,9	19,3	26,5
Ambos	17,1	15,5	18,0
Comunitat Valenciana			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	33,6	36,5	32,0
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	35,8	34,9	36,3
Ambos	30,6	28,7	31,7

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Extremadura			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	17,4	11,8	19,3
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	43,8	28,5	48,9
Ambos	38,8	59,7	31,8
Galicia			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	29,7	36,0	27,7
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	31,7	28,0	32,8
Ambos	38,6	36,0	39,5
Madrid (Comunidad de)			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	28,6	25,1	30,2
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	25,6	22,0	27,3
Ambos	45,8	52,9	42,5
Murcia (Región de)			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	26,3	26,6	26,1
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	35,9	21,0	45,3
Ambos	37,8	52,4	28,6
Navarra (Comunidad Foral de)			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	33,6	30,0	35,9
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	27,6	44,8	16,5
Ambos	38,8	25,2	47,6
País Vasco			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	42,0	23,7	47,1
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	42,0	45,9	41,0
Ambos	15,9	30,4	11,9
La Rioja			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	64,3	49,2	69,8
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	14,2	27,7	9,3
Ambos	21,5	23,2	20,9
Ceuta			
Total	100,0	...	100,0
Personal sociosanitario	16,1	...	16,1
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	38,8	...	38,8
Ambos	45,1	...	45,1
Melilla			
Total	100,0	100,0	100,0
Personal sociosanitario	26,6	100,0	22,5
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario)	45,2	0,0	47,8
Ambos	28,1	0,0	29,7

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

VIII.- ¿Cuánto puede esperarse de la tecnología para la atención a la dependencia?

La tecnología permite grandes aumentos en la productividad cuando se incorpora a la producción en series masivas, lo que no puede suceder con la atención personal, que comparativamente resulta más cara por el uso intensivo de trabajo.

La ayuda técnica no puede sustituir al cuidado, o bajará su calidad. Juega un papel más relevante en las discapacidades leves que en las severas o muy severas. Puede ser muy eficaz en la vigilancia y comunicación. También hay un enorme campo abierto a la mejora en la tecnología de la rehabilitación, en la investigación y en los productos farmacéuticos que mejoran calidad de vida de los pacientes o el retraso en la aparición de síntomas. Sin embargo, no hay que subestimar la capacidad de presión del mercado tecnológico, para el que los dependientes, sus cuidadores y las entidades que gestionan su cuidado son una clientela potencial de especial interés.

En las discapacidades leves utilizan sólo ayudas técnicas el 15% de las mujeres y el 23% de los hombres en tanto que en las discapacidades totales, el 19% de las mujeres el 10'3 de los hombres, pero tanto para unos como para otros lo principal es el cuidado personal. (tabla A-VIII.1)

IX.- El desafío del futuro.

IX.1.- La demanda del cuidado en España, 2015-2023-2050.

La escala de Madrid, actualmente más conocida como “*escala Durán*”, es un instrumento para la medición de la demanda de trabajo no remunerado. Esta escala se diseñó y aplicó por primera vez en 1998, y consistió en una escala muy simple, destinada a ponderar la demanda de trabajo no remunerado según los grupos de edad. Surgió como una contraposición a la llamada escala de Oxford, más comúnmente llamada en la actualidad escala de la OCDE, que se utiliza frecuentemente en Europa en los estudios sobre pobreza para ponderar el consumo de bienes en los hogares, aplicando el criterio de los costes decrecientes según la composición de los hogares. La escala de Oxford es simple y de fácil uso. El primer adulto del hogar se pondera con 1 punto. El segundo adulto y siguientes se ponderan con 0'7 puntos, por entender que se benefician del coste decreciente en la utilización de bienes comunes (espacio de la vivienda, energía, dotación y utillaje, etc.). Los niños menores de catorce años son ponderados con 0'5 puntos, por entender que sus necesidades de consumo son menores que las de los adultos. Así, por ejemplo, un hogar compuesto por un solo adulto puntúa como 1 unidad de consumo. Un hogar compuesto por dos adultos puntúa 1'7 unidades de consumo; un hogar compuesto por dos adultos y tres niños menores de 14 años puntúa en total como 3'2 unidades de consumo ($1+0'7+0'5+0'5+0'5$). Otras escalas modificadas de la OCDE adscriben 1 punto al primer adulto, 0'5 al resto de adultos y 0'3 puntos a los niños, por lo que hay que constatar cuál es la escala utilizada. Estas escalas son muy útiles para valorar y comparar situaciones de pobreza monetaria, pero no son adecuadas para valorar el bienestar ni para comparar las necesidades de trabajo no remunerado, ya que los niños y los ancianos tienen más necesidades de cuidado que los adultos de edades intermedias. Por ello se diseñó y comenzó a utilizarse la escala de Madrid (Durán, 1998), con un formato simple y fácil de utilizar, aunque algo más complejo que la escala de Oxford. La población de 15 a 64 años, definida habitualmente como población potencialmente activa, se consideró población de referencia con una ponderación de 1 punto, equivalente a la demanda de una unidad de cuidado por

persona. Esta ponderación no equivale a una cantidad de tiempo determinada, sino a la media del tiempo que demanda el conjunto de la población de esa edad, que integra demandantes muy diversos (hombres y mujeres, ocupados e inactivos, sanos y enfermos, etc...). A grandes rasgos, la población potencialmente activa se asimila a la población de cuidadores potenciales, que a su vez se define de modo diferente por distintas instituciones.

En 2010, y con el objetivo de utilizar con mayor facilidad la rica información demográfica facilitada por Naciones Unidas a través del World Population Prospects, se hizo una modificación de la escala de Madrid-I, que recibió el nombre de Escala de Madrid-II⁸. Las categorías de edad se ajustaron al modo simplificado en que son presentadas por World Population Prospects. La ponderación otorgada al grupo de edad central se mantuvo en un punto, aunque ahora se refiere al grupo de 15 a 64 años en lugar del de 18 a 64 años. La ponderación de los grupos restantes también se reajustó ligeramente, tal como puede verse en la tabla X.1.1.

La tabla adjunta muestra la demanda previsible de cuidados a medio plazo en España., utilizando la *escala Duran*. En sólo siete años (2015-2023), la demanda previsible de los mayores de 80 años, sector en el que frecuentemente coincide la dependencia física con la económica, aumentará en un 20%. ¿Cómo se satisfecerá ese aumento de la demanda? ¿Sobre quién recaerá la carga del cuidado? ¿Estará marcado el reparto por cuestiones de género?

El objetivo de este trabajo era llevar la reflexión a este punto, una vez analizado cómo se distribuye en la actualidad. Los escenarios posibles son muchos y evidentemente los escenarios deseables pueden no coincidir con los probables. Para iniciar la reflexión o, si se quiere, el debate, la tabla incorpora un solo escenario, según el cual la carga del cuidado se distribuye por igual entre toda la población de edad potencialmente activa (15-65 años en las clasificaciones internacionales de población del World Population Prospects). Ya hemos visto que este escenario es poco realista para España, donde la proporción de mujeres entre quienes prestan cuidados personales es tres veces mayor que la de hombres.

Como conclusión de este estudio proponemos un ejercicio interactivo, al que se invita a los asistentes a estas Jornadas, y también a sus futuros lectores a través de la web en que se pondrá a disposición del público. El ejercicio es sencillo y consiste en mantener fijos todos los parámetros excepto el de quiénes van a proporcionar los cuidados. Por supuesto, si se quiere hacerlo más complejo también pueden presentarse escenarios alternativos respecto a la demanda, pero para iniciar el debate basta con trabajar los escenarios de la oferta. El ejercicio puede también hacerse más atractivo y complejo, jugando con dos series paralelas de escenarios: el que el participante desearía y el que cree probable. En cuanto a la fecha de referencia, en esta ocasión el escenario sólo plantea 2015, 2020 y 2023, pero los lectores pueden tomar otras fechas de referencia, si lo desean, tomando estimaciones ya realizadas y publicadas (Durán, 2012)⁹, o produciéndolas por sí mismos a partir de las proyecciones demográficas de Naciones Unidas, el Instituto Nacional de Estadística u otras fuentes.

⁸ Sus primeros resultados se mostraron el 10 de septiembre de 2010 en Río de Janeiro en la conferencia inaugural del *Seminario Internacional sobre Usos do Tempo*.

⁹ Durán, M.A. *El trabajo no remunerado en la economía global*, Fundación BBVA, 2012.

Tabla IX.1.1
La demanda de cuidado en España, 2015, 2020, 2023.

	Población (en miles)			Población (en porcentaje)			Unidades de cuidado necesarias* (en miles)			Unidades de cuidado necesarias (en porcentaje)			Ratio unidades de cuidado necesarias/ Población 15-64 años			2023 / 2015
	2015	2020	2023	2015	2020	2023	2015	2020	2023	2015	2020	2023	2015	2020	2023	
Población total	46.215,2	44.909,4	44.082,7	100,0	100,0	100,0	66.531,4	65.373,7	64.483,0	100,0	100,0	100,0	2,17	2,25	2,29	1,06
Población de 0-4	2.290,8	1.976,3	1.793,9	5,0	4,4	4,1	6.872,4	5.928,8	5.381,6	10,3	9,1	8,3	0,22	0,20	0,19	0,86
Población de 5-14	4.769,4	4.663,5	4.394,5	10,3	10,4	10,0	9.538,7	9.326,9	8.789,0	14,3	14,3	13,6	0,31	0,32	0,31	1,00
Población de 15-64	30.591,3	29.061,0	28.176,2	66,2	64,7	63,9	30.591,3	29.061,0	28.176,2	46,0	44,5	43,7	1,00	1,00	1,00	1,00
Población de 65-80	6.162,2	6.568,9	7.018,2	13,3	14,6	15,9	12.324,4	13.137,8	14.036,4	18,5	20,1	21,8	0,40	0,45	0,50	1,25
Población de 80 y +	2.401,5	2.639,7	2.699,9	5,2	5,9	6,1	7.204,5	7.919,1	8.099,8	10,8	12,1	12,6	0,24	0,27	0,29	1,21
Ratio unidades de cuidado sobre población total	1,44	1,46	1,46													

*La ponderación utilizada según la escala Durán es la siguiente: población de 0-4 años = 3 unidades de cuidado; de 5-14 años = 2; de 15-64 = 1; de 65-80 = 2; 80 y + = 3.

Fuente: Elaboración de Durán et. al. sobre datos del INE, Cifras de Población y Censos Demográficos. Proyecciones de población a corto plazo 2013-2023. (21/11/13)

Los grandes sectores proveedores de cuidados son los cuidadores familiares no remunerados (o sea, los hogares, en los que se redistribuye la carga recayendo principalmente sobre las mujeres), los cuidadores remunerados por las Administraciones Públicas, los cuidadores remunerados privadamente a través del mercado de servicios, y los cuidadores no remunerados del Voluntariado. Son tipos distintos de actividad y no resulta fácil homologarlos en una unidad de medida común, por lo que se sugiere simplificar la cuestión sin olvidar que existen las diferencias, homogeneizando la aportación de cada sector en horas de cuidado directo personal.

IX.2.- La insostenibilidad del sistema actual basado en el cuidado adscrito a las mujeres. Los escenarios de distribución de la carga del cuidado. Una propuesta interactiva.

A lo largo de la exposición hemos visto que el sistema actual de protección frente a la dependencia se basa principalmente en el trabajo no remunerado de las mujeres. Esta situación es insostenible a medio plazo o cuando menos es injusta e incompatible con la promesa constitucional de igualdad (art. 14) y con la aspiración generalizada de la incorporación de las mujeres al empleo. ¿Qué sucederá en el futuro? ¿Qué queremos que suceda?

Para comenzar el debate, esta tabla muestra cuatro posibles escenarios de distribución de la carga del cuidado según edad, género, carga laboral y subsistema económico, con algunas sub-variantes. El primer escenario contempla que la carga del cuidado sea asumida por igual por hombres y mujeres, con tres variantes según que lo asuma toda la población de 15 a 64 años, sólo la de 18-64 o que se extienda a la población entre 18 y 70 años.

El segundo escenario convierte el cuidado en un asunto exclusivo de mujeres, mientras los hombres quedan relevados de esa obligación o derecho. Tiene tres subvariantes según la franja de edad, igual que el escenario anterior.

El escenario III hace recaer el cuidado exclusivamente en la población desempleada, sean hombres o mujeres.

Naturalmente, los lectores pueden crear sus propios escenarios, combinando elementos de edad, género y carga laboral.

Finalmente, el escenario IV se hace más complejo y reparte la carga entre los Hogares, las Administraciones Públicas, el Mercado y el Voluntariado. Su objetivo principal es destacar que no puede confundirse el ahorro de un sector con la simple transferencia de la carga del cuidado a otros sectores. Se elige, como punto de partida, que los hogares se hacen cargo de satisfacer la mitad de la demanda de cuidados personales. Las Administraciones Públicas, una octava parte, la misma que el Voluntariado, y el Mercado satisface la cuarta parte restante. *A cada participante en este ejercicio interactivo le corresponde replantear el punto de partida tal como crea conveniente, sin olvidar que en todos y cada uno de los escenarios, y en los muchos otros que pudiéramos diseñar, hay dos caras diferentes e inseparables: la de lo que de hecho sucede y la de lo que cada participante crea que debiera suceder. A partir de aquí, el*

debate está abierto.

Sólo me queda decir, a modo de despedida en esta sesión, algo que los oyentes y lectores ya saben, que *el futuro no está escrito en ningún sitio. Es algo que entre todos construimos, poco a poco, cada día.*

Posibles escenarios de distribución de la carga del cuidado

ESCENARIO I																						
Escenario I-A	demanda total de cuidado (horas anuales): población 15-64 años																					
Escenario I-B	demanda total de cuidado (horas anuales): población 18-64 años																					
Escenario I-C	demanda total de cuidado (horas anuales): población 18-70 años																					
ESCENARIO II																						
Escenario II-A	demanda total de cuidado (horas anuales): mujeres 15-64 años																					
Escenario II-B	demanda total de cuidado (horas anuales): mujeres 18-64 años																					
Escenario II-C	demanda total de cuidado (horas anuales) mujeres 18-70 años																					
ESCENARIO III	demanda total de cuidado (horas anuales): población sin empleo 18-70 años																					
ESCENARIO IV	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">(demanda total de cuidado) : 2</td> <td style="text-align: center; width: 5%;">+</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">(demanda total de cuidado) : 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-----</td> <td></td> <td style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Población 18-70 años</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Administraciones Públicas</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(demanda total de cuidado) : 4</td> <td style="text-align: center;">+</td> <td style="text-align: center;">(demanda total de cuidado) : 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-----</td> <td></td> <td style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">+ Mercado</td> <td></td> <td style="text-align: center;">+ Voluntariado nac. e internac.</td> </tr> </table>	(demanda total de cuidado) : 2	+	(demanda total de cuidado) : 8	-----		-----	Población 18-70 años		Administraciones Públicas				(demanda total de cuidado) : 4	+	(demanda total de cuidado) : 8	-----		-----	+ Mercado		+ Voluntariado nac. e internac.
(demanda total de cuidado) : 2	+	(demanda total de cuidado) : 8																				
-----		-----																				
Población 18-70 años		Administraciones Públicas																				
(demanda total de cuidado) : 4	+	(demanda total de cuidado) : 8																				
-----		-----																				
+ Mercado		+ Voluntariado nac. e internac.																				

Fuente: Durán, M.A. *El trabajo no remunerado en la economía global*, Fundación BBVA, 2012.

ANEXO JURIDICO

Las obligaciones intrafamiliares según el Código Civil y el papel de los jueces en casos de dependencia.

Algunos temas para el debate.

¿Quién quiere ser tutor? El incumplimiento de plazos en la incapacitación y en la aceptación de la tutoría. El daño a terceros. El contradictorio papel de los jueces en los casos de incapacidad. Los dependientes, la gestión de indivisos y el lastre de la unanimidad. ¿Quién tiene acceso al juez tutor? La posible intervención del juez para impedir una venta, pero no para obligar a ella. Veto judicial para las ventas, no para las compras. El cuasi monopolio de los canales de comunicación con el sistema de administración de justicia por los tutores y los jueces tutores.

Artículo 68. Los cónyuges están obligados a vivir juntos, guardarse fidelidad y socorrerse mutuamente. Deberán, además, compartir las responsabilidades domésticas y el cuidado y atención de ascendientes y descendientes y otras personas dependientes a su cargo.

Artículo 68 redactado por el apartado uno del artículo primero de la Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio («B.O.E.» 9 julio). Vigencia: 10 julio 2005

TÍTULO VI

De los alimentos entre parientes

Artículo 142. Se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica.

Los alimentos comprenden también la educación e instrucción del alimentista mientras sea menor de edad y aún después cuando no haya terminado su formación por causa que no le sea imputable.

Entre los alimentos se incluirán los gastos de embarazo y parto, en cuanto no estén cubiertos de otro modo.

Artículo 142 redactado por Ley 11/1981, 13 mayo («B.O.E.» 19 mayo), de modificación del Código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio.

Artículo 143. Están obligados recíprocamente a darse alimentos en toda la extensión que señala el artículo precedente:

1.º Los cónyuges.

2.º Los ascendientes y descendientes.

Los hermanos sólo se deben los auxilios necesarios para la vida, cuando los necesiten por cualquier causa que no sea imputable al alimentista, y se extenderán en su caso a los que precisen para su educación.

Artículo 143 redactado por Ley 11/1981, 13 mayo («B.O.E.» 19 mayo), de modificación del Código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio.

Artículo 144 La reclamación de alimentos cuando proceda y sean dos o más los obligados a prestarlos se hará por el orden siguiente:

- 1.º Al cónyuge.
- 2.º A los descendientes de grado más próximo.
- 3.º A los ascendientes, también de grado más próximo.
- 4.º A los hermanos, pero estando obligados en último lugar los que sólo sean uterinos o consanguíneos.

Entre los descendientes y ascendientes se regulará la gradación por el orden en que sean llamados a la sucesión legítima de la persona que tenga derecho a los alimentos.

Artículo 144 redactado por Ley 11/1981, 13 mayo («B.O.E.» 19 mayo), de modificación del Código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio.

Artículo 145. Cuando recaiga sobre dos o más personas la obligación de dar alimentos, se repartirá entre ellas el pago de la pensión en cantidad proporcional a su caudal respectivo.

Sin embargo, en caso de urgente necesidad y por circunstancias especiales, podrá el Juez obligar a una sola de ellas a que los preste provisionalmente, sin perjuicio de su derecho a reclamar de los demás obligados la parte que les corresponda.

Cuando dos o más alimentistas reclamaren a la vez alimentos de una misma persona obligada legalmente a darlos, y ésta no tuviere fortuna bastante para atender a todos, se guardará el orden establecido en el artículo anterior, a no ser que los alimentistas concurrentes fuesen el cónyuge y un hijo sujeto a la patria potestad, en cuyo caso éste será preferido a aquél.

Artículo 146. La cuantía de los alimentos será proporcionada al caudal o medios de quien los da y a las necesidades de quien los recibe.

Artículo 146 redactado por Ley 11/1981, 13 mayo («B.O.E.» 19 mayo), de modificación del Código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio.

Artículo 147. Los alimentos, en los casos a que se refiere el artículo anterior, se reducirán o aumentarán proporcionalmente según el aumento o disminución que sufran las necesidades del alimentista y la fortuna del que hubiere de satisfacerlos.

Artículo 148. La obligación de dar alimentos será exigible desde que los necesitare, para subsistir, la persona que tenga derecho a percibirlos; pero no se abonarán sino desde la fecha en que se interponga la demanda.

Se verificará *el pago por meses anticipados*, y, cuando fallezca el alimentista, sus herederos no estarán obligados a devolver lo que éste hubiese recibido anticipadamente.

El Juez, a petición del alimentista o del Ministerio Fiscal, ordenará con urgencia las medidas cautelares oportunas para asegurar los anticipos que haga una Entidad pública u otra persona y proveer a las futuras necesidades.

Párrafo final del artículo 148 introducido por Ley 11/1981, 13 mayo («B.O.E.» 19 mayo), de modificación del Código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio.

Artículo 149. El obligado a prestar alimentos podrá, a su elección, satisfacerlos, o pagando la pensión que se fije, o recibiendo y manteniendo en su propia casa al que tiene derecho a ellos.

Esta elección no será posible en cuanto contradiga la situación de convivencia determinada para el alimentista por las normas aplicables o por resolución judicial. También podrá ser rechazada cuando concorra justa causa o perjudique el interés del alimentista menor de edad.

Artículo 149 redactado por L.O. 1/1996, 15 enero («B.O.E.» 17 enero), de Protección Jurídica del Menor.

Artículo 150. La obligación de suministrar alimentos cesa con la muerte del obligado, aunque los prestase en cumplimiento de una sentencia firme.

Artículo 151. No es renunciable ni transmisible a un tercero el derecho a los alimentos. Tampoco pueden compensarse con lo que el alimentista deba al que ha de prestarlos. Pero podrán compensarse y renunciarse las pensiones alimenticias atrasadas, y transmitirse a título oneroso o gratuito el derecho a demandarlas.

Artículo 152. Cesará también la obligación de dar alimentos:

- 1.º Por muerte del alimentista.
- 2.º Cuando la fortuna del obligado a darlos se hubiere reducido hasta el punto de no poder satisfacerlos sin desatender sus propias necesidades y las de su familia.
- 3.º Cuando el alimentista pueda ejercer un oficio, profesión o industria, o haya adquirido un destino o mejorado de fortuna, de suerte que no le sea necesaria la pensión alimenticia para su subsistencia.
- 4.º Cuando el alimentista, sea o no heredero forzoso, hubiese cometido alguna falta de las que dan lugar a la desheredación.
- 5.º Cuando el alimentista sea descendiente del obligado a dar alimentos, y la necesidad de aquél provenga de mala conducta o de falta de aplicación al trabajo, mientras subsista esta causa.

Artículo 153. Las disposiciones que preceden son aplicables a los demás casos en que por este Código, por testamento o por pacto se tenga derecho a alimentos, salvo lo pactado, lo ordenado por el testador o lo dispuesto por la ley para el caso especial de que se trate.

ANEXO ESTADISTICO

Tabla A-III.3.1

Discapacidad durante el ciclo vital de mujeres y hombres

Tasa de población con alguna discapacidad o limitación por edad y sexo
tasa por 1000 habitantes

	Ambos sexos	Varones	Mujeres	% Mujeres sobre hombres
Total	85,45	69,52	101,02	145,31
De 0 a 5 años	21,5	25,18	17,6	69,90
De 6 a 64 años	44,76	42,69	46,88	109,81
De 6 a 15 años	18,41	23,11	13,4	57,98
De 16 a 24 años	16,28	19,78	12,65	63,95
De 25 a 34 años	21,99	24,92	18,86	75,68
De 35 a 44 años	38,61	39,42	37,76	95,79
De 45 a 54 años	66,65	60,01	73,23	122,03
De 55 a 64 años	113,27	97,05	128,57	132,48
De 65 a 79 años	223,91	187,72	253,71	135,15
De 65 a 69 años	155,75	139,93	169,9	121,42
De 70 a 74 años	218,24	175,87	253,22	143,98
De 75 a 79 años	308,89	262,8	343,28	130,62
De 80 y más años	514,56	418,64	568,93	135,90
De 80 a 84 años	426,54	336,15	484,54	144,14
De 85 a 89 años	574,48	505,75	610,7	120,75
De 90 y más años	751,47	668,11	783,36	117,25

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

Tabla A-III.5.1.**Tasa de población con discapacidad para las ABVD según su máximo grado de severidad (con ayudas) por edad y sexo.**

Unidades: tasa por 1000 habitantes de 6 y más años

	Total			De 6 a 64 años			De 6 a 44 años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	50,92	34,89	66,51	19,57	16,84	22,37	11,17	11,59	10,73
Sin dificultad	8,03	5,7	10,29	4,17	3,29	5,07	2,18	2,09	2,28
Discapacidad moderada	13,89	9,68	17,98	6,17	4,98	7,39	3,27	3,04	3,5
Discapacidad severa	11,23	7,71	14,66	4,1	3,74	4,48	2,3	2,55	2,03
Discapacidad total	16,51	10,64	22,22	4,49	4,12	4,87	2,97	3,33	2,58
No consta	1,26	1,16	1,37	0,64	0,71	0,56	0,46	0,58	0,33
	De 45 a 64 años			De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	38	28,87	46,85	128,61	94,78	156,47	390,11	275,77	454,93
Sin dificultad	8,53	6,04	10,94	20,64	15,08	25,22	41,56	33,28	46,26
Discapacidad moderada	12,55	9,43	15,58	37,19	28,68	44,2	86,07	60,83	100,38
Discapacidad severa	8,06	6,45	9,63	29,53	21,76	35,93	86,72	57,98	103,01
Discapacidad total	7,83	5,93	9,67	38,12	26,81	47,43	168,56	115,97	198,36
No consta	1,03	1,01	1,04	3,13	2,45	3,69	7,2	7,72	6,91

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

Tabla A-III.5.2.**Tasa de población con discapacidad para las ABVD según su máximo grado de severidad (sin ayudas) por edad**

Unidades: tasa por 1000 habitantes de 6 y más años y sexo.

	Total			De 6 a 64 años			De 6 a 44 años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	66,84	47,33	85,82	29,63	25,48	33,89	15,73	16,33	15,09
Discapacidad moderada	13,28	10,32	16,16	8,24	6,91	9,61	4,28	4,06	4,52
Discapacidad severa	16,63	11,19	21,93	8,4	6,29	10,56	3,76	3,53	4,02
Discapacidad total	32,77	22,29	42,96	11,19	10,42	11,98	6,71	7,53	5,86
No consta	4,16	3,53	4,77	1,8	1,86	1,74	0,97	1,22	0,7
	De 45 a 64 años			De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	60,15	46,45	73,44	168,74	124,72	205	443,41	322,68	511,85
Discapacidad moderada	16,93	13,43	20,33	34,17	25,87	41	45,25	41,76	47,23
Discapacidad severa	18,57	12,63	24,33	48,26	34,04	59,98	75,47	54,28	87,48
Discapacidad total	21,03	17,06	24,87	75,5	55,82	91,72	295,07	200,41	348,73
No consta	3,62	3,32	3,91	10,81	8,99	12,3	27,62	26,23	28,42

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

Tabla A-V.1.3.

Población con discapacidad según el nivel de estudios, la edad y el sexo del cuidador principal

Unidades: miles de personas con discapac. de 6 y más años que reciben cuidados personales

	Total				% Mujeres sobre hombres	Menos de 65 años				% Mujeres sobre hombres	De 65 y más años				% Mujeres sobre hombres
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	No consta		Ambos sexos	Varones	Mujeres	No consta		Ambos sexos	Varones	Mujeres	No consta	
Total	2088,1	378,2	1198,1	511,8	316,8	1112,1	210,3	901,9	0,0	428,9	431,3	161,9	269,4	0,0	166,4
No sabe leer o escribir	55,9	12,9	43,0	0,0	333,3	17,9	2,7	15,2	0,0	563,0	38,0	10,1	27,8	0,0	275,2
Estudios primarios incompletos	335,5	91,4	244,1	0,0	267,1	153,3	22,4	130,8	0,0	583,9	181,3	69,0	112,4	0,0	162,9
Estudios primarios o equivalentes	517,5	116,6	400,9	0,0	343,8	377,2	65,3	311,9	0,0	477,6	138,5	51,2	87,3	0,0	170,5
Educación secundaria de 1ª etapa	212,4	44,7	167,7	0,0	375,2	188,0	35,5	152,5	0,0	429,6	23,9	9,2	14,7	0,0	159,8
Estudios de bachillerato	151,7	36,2	115,4	0,0	318,8	132,8	29,4	103,4	0,0	351,7	18,3	6,9	11,5	0,0	166,7
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes	85,4	17,7	67,7	0,0	382,5	78,6	13,9	64,7	0,0	465,5	6,6	3,8	2,8	0,0	73,7
Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes	45,8	14,6	31,2	0,0	213,7	41,0	12,4	28,6	0,0	230,6	4,6	2,2	2,4	0,0	109,1
Estudios universitarios o equivalentes	134,9	37,8	97,0	0,0	256,6	115,5	28,5	87,0	0,0	305,3	18,9	9,3	9,6	0,0	103,2
No consta	549,2	6,4	31,0	511,8	484,4	7,8	0,2	7,6	0,0	3800,0	1,0	0,2	0,9	0,0	450,0

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

Tabla A-VIII.1. Las ayudas tecnológicas.

Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Resultados nacionales: cifras relativas

Tasa de población con discapacidad según el tipo de ayuda para su discapacidad por máximo grado de severidad (con ayudas) y sexo.

Unidades: tasa por 1000 habitantes de 6 y más años

	Total			Sin dificultad			Discapacidad moderada		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	59,83	43,71	75,52	10,31	8,45	12,18	17,33	12,75	21,89
Sin ayudas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sólo asistencia o ayuda personal	26,03	18,05	33,79	5,59	4,06	7,12	7,41	4,90	9,91
Sólo ayudas técnicas	10,50	9,89	11,09	3,50	3,45	3,55	4,59	4,17	5,01
Ambos tipos de ayuda	23,31	15,77	30,64	1,22	0,94	1,51	5,33	3,68	6,97
No consta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Discapacidad severa			Discapacidad total			No consta		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	15,17	10,95	19,38	18,54	11,87	25,17	1,29	1,18	1,41
Sin ayudas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sólo asistencia o ayuda personal	5,67	3,91	7,44	7,38	4,66	10,07	1,23	1,15	1,30
Sólo ayudas técnicas	2,48	2,31	2,65	0,37	0,26	0,47	0,06	0,03	0,09
Ambos tipos de ayuda	7,02	4,74	9,29	10,80	6,94	14,62	0,01	0,00	0,01
No consta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

ANEXO DE PUBLICACIONES DE LA AUTORA sobre temas relacionados con dependencia o enfermedad.

Los mayores en la economía de Euskadi, Gobierno Vasco, 2014.

The contribution of unpaid work to global well-being in (Glatzer, Ed.) The Global Handbook of Wellbeing and Quality of Life, Springer Verlag-International Society for Quality-of-Life Studies (ISQOLS)-Faculty of Social Science (03) at the University of Frankfurt, 2014.

Unpaid Work, Time Use Surveys, and Care Demand Forecasting in Latin America, (Durán and Milosavljevic). Fundación BBVA, Documentos de Trabajo, 2012:7.

Unpaid work in the global economy. Fundación BBVA, 2012.

El capital tiempo y la posición económica de los mayores. CELGENE, 2012.

Las personas mayores en el medio rural y urbano. Libro Blanco de Envejecimiento Activo, IMSERSO, 2011.

El trabajo del cuidado en América Latina y España. (Durán, Dir.). Fundación Carolina, 2011.

The inclusion of Unpaid Work in the analyses of the Health and Social Welfare Sectors in The Invisible Economy and Gender Inequalities. The Importance of Measuring and Valuing Unpaid Work, Pan American Health Organization (PAHO), Washington, 2010.

Ten Good Reasons for Measuring Unremunerated Work in Health Care in The Invisible Economy and Gender Inequalities. The Importance of Measuring and Valuing Unpaid Work, Pan American Health Organization (PAHO), Washington, 2010.

Tiempo de salud, tiempo de enfermedad: diferencias de edad, género y clase social. INGURUAK, 2007:44.

La población dependiente. Los límites del estado de bienestar, en El cambio social en España. Visiones y retos de futuro, (Bericat, Ed.), Centro de Estudios Andaluces, Junta de Andalucía, 2006.

El futuro del trabajo en Europa. El cuidado de las personas dependientes en Cohesión Social, Políticas y Presupuesto Público: Una mirada desde el género, Mora, L. (Coord.), Cooperación Técnica Alemana (GTZ), Fondo de Población de Naciones Unidas, (UNPFA), 2006.

Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania. (Durán, M.A y García, S.), IMSERSO, 2005.

Impacto Social de los Enfermos Dependientes por Ictus (Informe ISEDIC). Durán, M.A. (Dir.), Merck Sharp Dhome, 2005 (2ª edición)

Dependientes y cuidadores. El desafío de los próximos años. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005:60.

Las demandas sanitarias de las familias. Gaceta Sanitaria, 2004:18.

La calidad de muerte como componente de la calidad de vida. Revista Internacional de Sociología, 2004:106.

Los costes de salud para las familias. Revista ARBOR 2003.

La nueva división del trabajo en el cuidado de la salud. Revista Política y sociedad, 2000:35.

Los costes invisibles de las enfermedades mentales. Revista GOZE, 2000:10.

La contribución del trabajo no remunerado a la economía española. Alternativas metodológicas (Dir). Instituto de la Mujer, 2000.

Los costes invisibles de la enfermedad, Fundación BBVA, 1999.

Demandas urgentes de tiempo y asistencia sanitaria. (Pacha, E. y Durán, M.A.). Política y Sociedad, 1995:19.

Las demandas de trabajo no monetarizado (DETRANME) de los ancianos. (Herrera, C. y Durán, M.A.) Política y Sociedad, 1995:19.

Invitación al análisis sociológico de la Contabilidad Nacional. Política y Sociedad, 1995:19.

The social structure of old age in Spain. Elderly women in Europe, 1995, Edited by G. Dooghe y N. Appleton. Brussels: Centrum voor Bevolkings-en Gezinstudies (Population and Family Study Centre), 1995.

Las bases sociales de la economía española. Universitat de Valencia, 1997.

Necesidades sociales y nivel de satisfacción en la década de los noventa. Forma parte del libro *Otras visiones de España* (Ed. por P. Folguera), Editorial Pablo Iglesias, 1992.

Salud y sociedad. Algunas propuestas de investigación. Mujer y Trabajo. Trotta, 1992.(Ed. M. Barañano).

Estructura social y enfermedad en España. Revista de Seguridad Social, 1981:10.

La mediación invisible en de Miguel, J., Yuste, F.J. y Durán, M.A. (Coord.) El futuro de la salud, Centro de Estudios Constitucionales, 1988.