

La aportación de la familia en los cuidados informales

(Family contribution to informal care)

Larrañaga Padilla, Isabel

Eusko Ikaskuntza. Miramar Jauregia. Miraconcha, 48
20007 Donostia

BIBLID [1577-8533 (2006), 7; 9-18]

Recep.: 25.04.05

Acep.: 13.12.05

El aumento de la dependencia y el papel predominante de la red familiar en su atención, son hechos ampliamente admitidos. Para el 62% de los dependientes su principal cuidador es un familiar convivente (mujeres (74%), sin empleo remunerado (64%) y bajo nivel de estudios (60%) y solo el 2,4% los servicios sociales. El aumento de las tasas de empleo y del nivel de estudios femenino eleva el coste de oportunidades derivado de los cuidados y dificulta su continuidad como cuidadoras informales.

Palabras Clave: Cuidados informales. Dependencia. Coste de oportunidad. Incapacidad.

Mendekotasunak gehitzea eta horren ardua batez ere familia sarearen gain izatea, gehienek baieztazen dituzten gertaerak dira. Mendeko %62rentzat, familiako bizikide bat da zaintzaile nagusia: emakumeak (%74), lan ordaindurik ez dutenak (%64), ikasketa maila apalekoak (%60) eta %2,4 bakarrik dagokie gizarte zerbitzuei. Emakumeen enplegu tasa eta ikasketa maila igotzeak goratu egiten du zainketak dakarren aukera kostua eta zailago egiten du emakumeek zaintzaile informal gisa jarraitzea.

Giltza-Hitzak: Zainketa informalak. Mendekotasuna. Aukera kostua. Ezintasuna.

L'augmentation de la dépendance et le rôle prédominant du réseau familial dans l'attention qui leur est portée, sont des faits amplement admis. Pour le 62% des gens dépendants leur soigneur principal est un membre de la famille qui cohabite avec eux (femmes (74%), sans emploi rémunéré (64%) et possédant un moindre niveau d'études (60%) et seulement le 2,4% les services sociaux. L'augmentation des taxes d'emploi et du niveau d'études féminine élève le coût d'opportunité dérivé des soins et rend leur continuité en tant que soigneurs informels difficile.

Mots Clés: Soigneurs informels. Dépendance. Coût d'opportunité. Incapacité.

INTRODUCCIÓN

La evolución sociodemográfica de las sociedades más avanzadas ha incidido de forma decisiva tanto en la dimensión como en el abordaje de la dependencia. Su imparable progresión es una visión compartida por la clase política, profesional o científica, sin embargo, no resulta fácil hallar una definición consensuada acerca de la “situación de dependencia”. A efectos de esta ponencia me referiré a la dependencia funcional, derivada del estado de salud de las personas, pues el contenido del que dotemos a este concepto marcará decisivamente la orientación de los posibles apoyos para su atención. El Consejo de Europa adoptó en 1998 la siguiente definición: “estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”. En consecuencia, el grado de autonomía es determinante para la consideración de dependencia. Existen otras situaciones de dependencia: económica, jurídica, jerárquica..., pero ninguna de ellas será objeto de atención en esta comunicación.

Las situaciones de dependencia no son exclusivas de determinados rangos de edad o estratos poblacionales y su presencia “recorre toda la estructura de edades de una población”. Sin embargo, es una realidad ampliamente constatada que el riesgo de pérdida de autonomía y por tanto de ser dependiente aumenta con la edad, razón por la que con frecuencia se enfatiza el binomio vejez/dependencia. Además, tal como señala Rodríguez Cabrero la manifiesta carencia de protección de la población mayor dependiente, ha conllevado a magnificar y enfatizar la dependencia derivada de la vejez, aunque también existan lagunas en la protección a los afectados menores de 65 años.

Uno de los elementos claves que define la dependencia es la necesidad de asistencia procedente, bien sea desde fuentes institucionales o desde la red social de la persona afectada, denominada como *cuidado informal*. En nuestro contexto y de forma tradicional el sistema de protección social a las personas necesitadas de cuidados por procesos de discapacidad, enfermedad crónica y dependencia ha estado sustentado básicamente en la red familiar, es decir en los cuidados informales. Este predominio de la familia como proveedor de cuidados a sus miembros dependientes puede ser extensivo a todos los países de nuestro entorno, si bien podría establecerse un gradiente norte-sur europeo, en el que los Países Escandinavos se situarían entre aquellos cuyos sistemas formales de protección social han sido los más desarrollados, más universal y más tempranos en sus inicios, mientras que en el polo opuesto cabría situar a los países del área mediterránea, constituyendo el paradigma de un modelo de bienestar familista, donde las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión del bienestar y del cuidado de sus miembros.

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO INFORMAL

El cuidado informal, definido como la asistencia prestada por familiares, amigos u otras personas que no reciben remuneración económica por la ayuda ofrecida, posee algunos rasgos característicos que explican su escaso reconocimiento a pesar de ser el predominante en el sistema de protección social.

En primer lugar, es destacable su carácter no remunerado y por tanto no intercambiable por bienes o servicios, lo cual redundaría en una menor valía. En segundo lugar, su desarrollo y ejecución se circunscribe al ámbito de lo privado, limitado al hogar y a la esfera doméstica, dificultando su visualización y valoración en términos de la contabilidad pública. Tercero, es asumido como parte de las llamadas tareas domésticas, asociado a un determinado rol de género y realizadas mayoritariamente por las mujeres de la familia. El carácter femenino de las tareas de cuidados se arraiga en el asimétrico reparto de funciones en el seno familiar, asignando a las mujeres las tareas domésticas (en virtud de su naturaleza dotada supuestamente para las tareas hogareñas), mientras que los hombres deben responder de la producción de bienes y recursos materiales. Esta complementariedad de funciones ha dispuesto jerárquicamente la posición de hombres y mujeres en la vida doméstica, civil y política. Por fortuna, el supuesto del innatismo biológico para justificar el predominio de las mujeres en los cuidados ha sido rebatido y rechazado. La democratización de la vida pública y privada de nuestra sociedad ha tratado de eliminar esta asimétrica división de funciones, pero los esfuerzos realizados no han sido suficientes para equiparar a hombres y mujeres en la responsabilidad de cuidar. Así lo demuestran las encuestas sobre usos del tiempo realizadas en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE). La evolución en el periodo 1993-2003 indica que en conjunto el tiempo medio dedicado a los cuidados de las personas adultas del hogar aumentó un 23%, pero este aumento fue motivado por la mayor dedicación de las mujeres (incremento del 31%), pues los hombres redujeron su tiempo de dedicación un 3% (tabla 1).

Tabla 1. Tiempo medio por participante en el cuidado a personas adultas del hogar por sexo y día (hh:mm). CAE. 1993, 2003

	1993	2003	Δ 2003/1993 (%)
Total	1,16	1,43	23,3
Varón	1,25	1,21	-3,2
Mujer	1,13	1,48	31,0

Fuente: Eustat.

Finalmente entre las características de los cuidados informales hay que señalar la asunción por la sociedad en su conjunto y por las propias mujeres del cuidado como un deber, deber que ha formado parte del orden de valores difundido por las sociedades patriarcales y que sanciona a las mujeres que no participan y rehúsan de cumplir dicha norma.

Este conjunto de características han dificultado el abordaje del cuidado informal, tanto en lo que respecta a su cuantificación, valoración y reconocimiento, como para las posibles intervenciones desde el ámbito profesional e institucional.

PERFIL DE LOS CUIDADORES INFORMALES

La Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 1999) pone en evidencia los rasgos característicos de los cuidadores informales en la población española. Los datos confirman a la familia como principal proveedora de cuidados informales (75%), particularmente los familiares convivientes (61,5%) y muy especialmente las mujeres del hogar (75%) (tabla 2).

Tabla 2. Características de los/as cuidadores

		%
Relación cuidador/cuidado	Familiar convivente	61,5
	Familiar no convivente	15,5
	Servicio social público+privado	2,4
	Otros	20,6
Genero	Mujer	74,0
	Hombre	26,0
Edad	< 45 años	26,3
	45-64	40,6
	65 y +	33,1
	Media de edad	55,1
Estado civil	Casado/a	71,0
	Soltero/a	21,0
	Vuido/a, divorciado/a, separado/a	8,0

Fuente: EDDDES, 1999.

La edad media de los cuidadores es de 55 años, siendo más de un tercio de los mismos mayores de 65 años. Los cuidadores varones tienen una edad superior al de las mujeres (59,5 y 53,1 años respectivamente), y casi la mitad de los hombres son mayores de 65 años. En relación a la actividad laboral, entre las mujeres predominan las que refieren como actividad principal las tareas del hogar (63%) frente al 12% de hombres en estas circunstancias, siendo más frecuente entre los hombres los jubilados (43%) (Tabla 2). Es decir el perfil más frecuente entre las cuidadoras destaca por ser mujeres de edad comprendida entre 45 y 64 años y dedicadas al trabajo del hogar, mientras que entre los hombres predominan los jubilados mayores de 65 años. Esto explicaría que en el caso de los hombres

asumen su papel de cuidador fundamentalmente cuando la esposa es dependiente, mientras que las mujeres asisten a un espectro más amplio de personas (tabla 3).

Tabla 3. Relaciones de parentesco entre cuidador y receptor de cuidados (%)

Receptor de cuidados	Cuidador principal	
	Mujer \geq 50 años	Hombre \geq 50 años
Cónyuge	39,1	90,5
Madre	19,8	1,7
Padre	3,7	0,5
Hijo	7,6	3,1
Hija	11,3	1,1

Fuente: EDDDES, 1999.

Según la Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores en España (Insero, 2004), los cuidadores se caracterizan por poseer un bajo nivel de estudios (60% sin estudios o estudios primarios) y por realizar los trabajos de cuidado en solitario, es decir sin ayuda adicional (62%).

Además, los cuidados ofertados por el sistema informal son *extensos en el tiempo*, el 30% de los cuidadores llevan entre 1 y 3 años desempeñando esta función y más de un tercio realiza dicha tarea por más de 8 años; y se caracteriza por ser un modelo *intensivo en la dedicación* (horas/semana), pues más de la mitad de los cuidadores (54,5%) dedican más de 30 horas semanales. La consecuencia es que los cuidadores han de soportar una elevada carga social y personal, hipotecando en muchos casos el desarrollo de proyectos vitales propios, como es el caso de las mujeres aun en edad laboral (tabla 4).

Tabla 4. Intensidad de la dedicación (horas/semana) y duración de los cuidados

		%
Horas/semana de cuidado	< 15 horas	28,9
	15-30 horas	16,6
	> 30 horas	55,4
Años de cuidado	< 1 año	8,2
	1-3 años	29,7
	4-8 años	20,5
	> 8 años	41,6
	Viudo/a,divorciado/a, separado/a	8,0

Fuente: EDDDES, 1999.

CRISIS DEL APOYO INFORMAL

La omnipresencia de las mujeres de la familia en la asistencia a las personas dependientes se mantiene en tanto están operando cambios estructurales y funcionales de la familia en nuestra sociedad, a la vez que profundos cambios económicos, culturales y sociales entre los que cabe destacar la participación de las mujeres en la vida civil y política del país. Muchos estudios han llegado a la conclusión de la contradictoria situación que estas circunstancias genera en las mujeres, provocando una dudosa sostenibilidad del actual sistema de protección social. En este contexto parece oportuno analizar la magnitud y tendencia de dichos cambios y la previsible repercusión en el futuro del sistema de protección.

En la sociedad vasca, al igual que la mayoría de las sociedades europeas y occidentales, asistimos a cambios en el entorno familiar que con frecuencia han suscitado alarma y cuando menos debate sobre su significado: ¿se trata de una crisis del entorno doméstico y una desestructuración de las estructuras hasta ahora vigentes?, o por el contrario, ¿estamos participando en la construcción de nuevas identidades familiares, en las cuales la solidaridad intergeneracional sigue teniendo vigencia?

Sea cual sea el resultado final, la actual dinámica reproductiva de la población vasca está provocando cambios tanto en la composición familiar como en las funciones de esta institución. A la luz de las estadísticas oficiales, la evolución de los últimos 20 años apuntan hacia la desaparición de las familias extensas, el aumento de las familias sin hijos (3,4%) y las monoparentales (3,8%), la disminución de las familias nucleares con hijos (19%), a la vez que se triplican los hogares unipersonales, y la reducción en un 30% del tamaño familiar medio (tabla 5).

Tabla 5. Evolución de la estructura familiar. CAPV

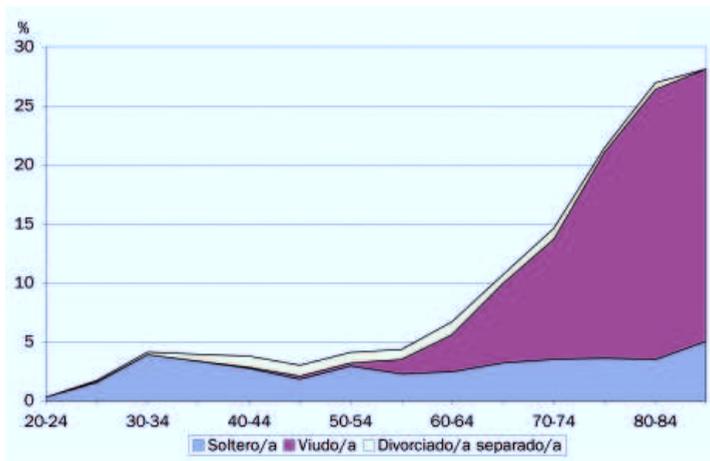
	1981	1991	2001
Hogares unipersonales	7,7	11,7	20,3
Familias nucleares sin hijos/as	15,1	15,8	18,5
Familias nucleares con hijos/as	62,9	57,2	44,4
Familias monoparentales	7,0	9,2	10,8
Compuestas y polinucleares	7,3	6,1	5,1
Tamaño familiar medio	3,7	3,1	2,7

Fuente: Eustat, censos 1981, 1991, 2001.

Estas características y tendencias que son similares al las de los países de nuestro entorno, presentan un rasgo singular en el caso vasco. Los hogares unipersonales en muchos países europeos están constituidos por una elevada proporción de población joven, consecuencia de la independiza-

ción del hogar familiar. En nuestro caso los titulares de estos hogares son predominantemente ancianos (mayoritariamente mujeres viudas, mayores de 70 años), reflejo de la mayor permanencia de la población mayor en sus hogares, como consecuencia de la defensa de su autonomía personal (figura 1). Sin embargo, este hecho de carácter absolutamente positivo y deseable no debe ocultar la fragilidad tanto física como emocional que conllevan los hogares compuestas por una única persona mayor de edad, muchas de ellas de más de 75 años y la demanda de cuidados que entraña esta realidad.

Figura 1. Hogares unipersonales por edad y estado civil. CAPV-2001

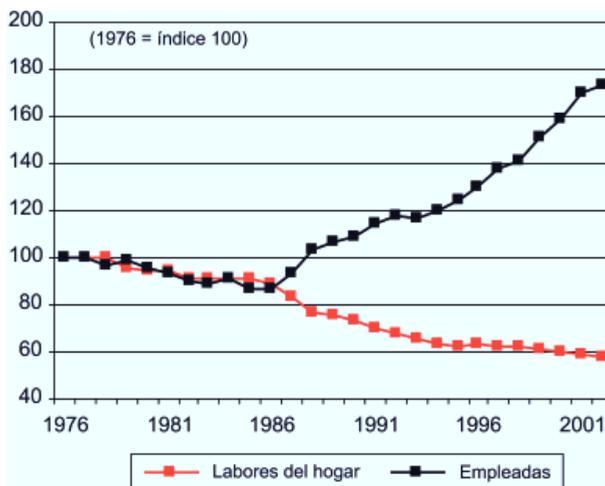


Además de la reducción del tamaño familiar, cabe señalar los cambios en la estructura física de las viviendas. Por imperativo del encarecimiento de la vivienda, su tamaño se ha ido reduciendo, dificultando la convivencia de familias numerosas y por ende del cuidado de los dependientes.

A los fenómenos anteriores hay que añadir otros factores que contribuyen a la inestabilidad de la institución familiar, como son el aumento constante de los divorcios y separaciones (en el quinquenio 1998-2002 los divorcios/separaciones aumentaron un 12,5% en la CAE) y la movilidad geográfica y la separación de los miembros familiares (en el periodo 1998-2002 la emigración desde la CAE hacia otras CCAA aumentó un 15,6%) (INE, 1998, 2002).

Los cambios en la composición familiar han ido acompañado de cambios en los roles que tradicionalmente cumplían los distintos miembros de la familia, particularmente las mujeres. En los últimos 25 años el número de mujeres cuya actividad principal eran las labores del hogar se ha reducido en más de un 40%, mientras que ha aumentado en un 70% las que indican el trabajo remunerado como su actividad principal (figura 2). Las tasas de empleo femenino, aunque inferiores a otros países europeos, aumentaron un 17% en el periodo 1994-2002, alcanzando al final de dicho periodo una tasa de 49,3% en mujeres de edad activa.

Figura 2. Evolución de la actividad principal de las mujeres. CAPV-1976-2001



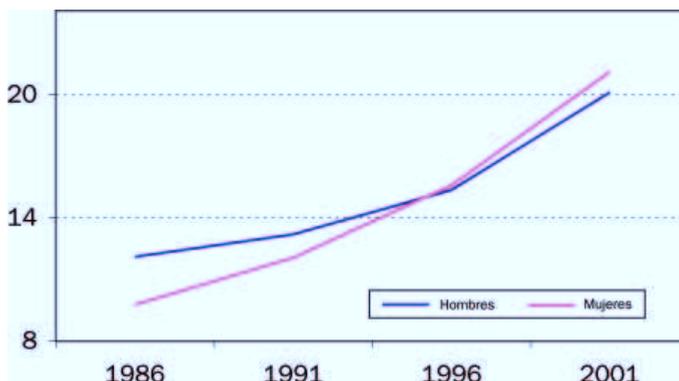
Las mujeres invierten, además, una gran parte de sus energías y recursos a la formación y capacitación para el desarrollo de un proyecto profesional sólido y están logrando niveles de cualificación nunca alcanzados anteriormente (en 2001 más del 20% de las mujeres vascas disponían de estudios universitarios (medios o superiores), superando a la proporción de hombres con dicho nivel).

La progresiva mejora del nivel de estudios de las mujeres, así como el aumento en la proporción de población femenina que participa en el empleo remunerado, incrementa los “costes de oportunidad”¹ para las mujeres, que aunque difíciles de cuantificar, tienen su trascendencia a la hora de valorar las cargas derivadas de los cuidados.

El resultado de este conjunto de transformaciones sociales es que la función domestica que han cumplido las mujeres como cuidadoras, difícilmente podrá mantenerse con la misma intensidad y dedicación que en nuestro pasado reciente. La armonización de la vida familiar y la vida profesional resulta una tarea cada vez más ardua para las que han optado por la participación en el mundo laboral.

1. Es el beneficio que se deja de percibir una persona procedente de un bien o servicio por el hecho de haber invertido en otro bien o servicio diferente. En el caso de las mujeres dedicadas al cuidado informal es el beneficio que dejan de obtener por dedicarse a esta actividad, respecto al que les podría haber proporcionado otra alternativa de acción (dedicación a su profesión o trabajo remunerado).

Figura 3. Evolución de los estudios universitarios. CAPV



La contratación de cuidados en el mercado es una alternativa para las familias económicamente solventes, pero cuando esta solvencia no existe, dicha función exige que las mujeres cumplan una *doble jornada*: la laboral y la doméstica. El resultado es la colisión de intereses individuales y familiares, generando en las mujeres efectos negativos que afectan su vida afectiva, laboral/económico, como física, tal como la Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores en España (Insero, 2004), recoge:

- salida del mercado laboral: un 26% de las cuidadoras no pueden trabajar, un 11,5% tienen que abandonar el trabajo y un 12,4% han tenido que reducir el tiempo de trabajo remunerado.
- deterioro de la salud: el 56% refiere problemas de salud.
- deterioro de la vida afectiva y relacional: un 64% ha tenido que reducir su tiempo de ocio.
- Generación de actitudes de rechazo y negación del deber moral de cuidar: un 51% realizan esta tarea por carecer de otra alternativa.
- Pérdida de la transmisión de los valores de solidaridad intergeneracional: una gran mayoría de las mujeres afirman que no aceptarían para sí mismas ayudas de este tipo por parte de sus hijas.

CONCLUSIONES

Sin duda el envejecimiento demográfico seguirá manteniendo una tendencia creciente en la población vasca y previsiblemente las personas con algún grado de incapacidad y dependencia aumentarán progresivamente.

La población mayor del futuro será no solo mayor en edad, sino constituirá un colectivo familiarizado con las innovaciones tecnológicas, defensores

de su autonomía e independencia personal, que serán más cultos, que cuidará más de su salud, serán más exigentes con las instituciones públicas y tendrá más poder por estar mejor informados.

Estos cambios demográficos y sociales progresan concatenados con transformaciones que afectan a las estructuras y roles familiares, poniendo en entredicho la continuidad de la familia como institución central en la asistencia y bienestar de sus miembros más vulnerables.

En definitiva, las instituciones sociales y sanitarias afrontan la creciente presión generada por el aumento de población potencialmente demandante y la limitación de recursos domésticos familiares. El conocimiento de los fenómenos sociales y demográficos, tanto en su intensidad como en su extensión, han de permitir la organización de los recursos de forma racional y planificada, con el fin de anticiparnos a las necesidades que se derivan del análisis de la realidad. Esta planificación exige un reparto equitativo de las cargas familiares entre sus miembros y la complementariedad de los cuidados informales y formales en el cumplimiento de esta función social para evitar la colisión entre intereses públicos y privados que experimentan las mujeres actualmente.