

**Cuidados a
personas
dependientes
prestados por
mujeres:
valoración
económica**

102

***Cuidados a
personas
dependientes
prestados por
mujeres:***

***Valoración
económica***

102



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO DE
IGUALDAD

SECRETARÍA
GENERAL
DE POLÍTICAS
DE IGUALDAD

INSTITUTO
DE LA MUJER

Estudio realizado por
Red2Red Consultores (S.L.)

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://www.060.es>

© Instituto de la Mujer
(Ministerio de Igualdad)

Edita: Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad)
C/. Condesa de Venadito, 34
28027 Madrid
Correo electrónico: inmujer@migualdad.es
www.migualdad.es/mujer

Depósito Legal: M-36731-2008
NIPO: 803-08-026-5
ISBN: 978-84-7799-998-0
Imprime: Estilo Estugraf Impresores, S.L.

Índice de contenidos



PRÓLOGO: Mujeres cuidadoras; apasionadas y apasionantes	9
I. Objetivos	13
II. Metodología.....	15
1. Revisión documental	17
2. Entrevistas en profundidad a cuidadoras.....	17
3. Metodología de cálculo económico	20
III. El cuidado de personas dependientes	27
1. Introducción: las mujeres y su relación con el cuidado a personas dependientes.....	28
2. Qué significa cuidar	32
3. Por qué se cuida	32
4. A quién se cuida	34
1. Definición de persona dependiente.....	34
2. Aproximación a los perfiles de las personas dependientes objeto del presente estudio.....	34
5. Cómo se cuida	42
1. Cómo se cuida formalmente	42
2. Cómo se cuida informalmente	48
Notas	53
IV. Las mujeres y el cuidado de personas dependientes.....	55
1. Quién cuida. Introducción al perfil de las cuidadoras	56
2. Las cuidadoras formales	57
1. El cuidado formal profesionalizado a través del Sistema Nacional de Dependencia.....	57

2.	Posibles efectos sociales de la implan- tación del Sistema Nacional de Depen- dencia	65
3.	La profesionalización del cuidado formal. Necesidades formativas	67
4.	Las cuidadoras formales. Análisis de las entrevistas en profundidad	68
3.	Otro tipo de cuidado formal. Las cuidadoras de origen inmigrante: una realidad cada vez más presente	71
1.	Perfil de la cuidadora inmigrante	72
2.	Mujeres inmigrantes que cuidan a otras personas. Análisis de las entrevistas.....	73
4.	Perfil de las cuidadoras informales	76
1.	Las cuidadoras informales. Análisis de las entrevistas en profundidad	82
5.	El futuro del modelo informal de cuidado	97
	Notas.....	100
V.	La cuantificación del cuidado a personas dependientes.....	103
1.	Cuantificación del universo de mujeres cuidadoras	106
1.	Cuantificación del universo de mujeres cuidadoras formales	106
2.	Cuantificación del universo de mujeres cuidadoras informales.	112
2.	Cuantificación del tiempo dedicado al cuidado de personas dependientes (cuidados informales).....	120
1.	Cuantificación del tiempo según la Encues- ta de Empleo del Tiempo del INE	120
2.	Cuantificación del tiempo según la Encues- ta de Uso del tiempo del IM.....	122
3.	Cuantificación económica del sector de cuida- dos prestados por mujeres	123
1.	Cuantificación económica: efecto directo....	123
2.	Cuantificación económica: los efectos indirecto e inducido derivados del análi- sis Input Output	127
3.	Cuantificación económica total	133
4.	El caso particular de las cuidadoras en régi- men irregular	139
	Notas	143

VI. Conclusiones del estudio	145
1. El presente: un rasgo de género. La feminización del cuidado o el círculo del cuidado.....	146
2. El futuro: a la búsqueda de un nuevo paradigma en el modelo de cuidados	153
3. A modo de conclusión	158
Notas.....	160
VII. Anexos.....	161
ANEXO 1: Bibliografía.....	163
ANEXO 2: Guiones de las entrevistas en profundidad	167
1. Entrevista a cuidadoras formales	168
2. Entrevista a cuidadoras informales	169
3. Entrevista a cuidadoras inmigrantes no profesionales	171
ANEXO 3: Análisis metodológico para el análisis de los datos: el modelo Input Output	175
ANEXO 4: Necesidades formativas de los/as profesionales del cuidado	183
ANEXO 5: Índice de tablas	189
ANEXO 6: Índice de gráficos	193
ANEXO 7: Índice de figuras.....	195

*Prólogo:
Mujeres cuidadoras;
apasionadas y
apasionantes*

.....

.....

Los nombres que ahora utilizo no son los reales, pero estoy convencida de que “María”, “Teresa” y “Andrea”, y las otras mujeres cuidadoras que entrevisté para este estudio estarían encantadas de que se contara su historia con los nombres auténticos de sus protagonistas; ellas mismas. Protagonistas de películas tan reales, tan distantes a la ciencia ficción, tan cotidianas aunque a veces nos parezcan tan lejanas. Escondidas tras las paredes de cada casa que observamos desde la calle, como si sólo fuesen edificios inertes, hay miles de historias de superación personal diaria, de lucha constante.

La investigación social tiene esto de bueno; te acerca a realidades y a la vida de personas que muy poca gente tiene la suerte o la posibilidad de conocer, ni tampoco yo misma, que en otras circunstancias no hubiese conocido la experiencia apasionante de Andrea como cuidadora de sus hijas, de sus nietas; o no hubiese aprendido de María, luchadora infatigable detrás de una sonrisa limpia y enorme en su día a día como cuidadora, o Teresa no me hubiese presentado a su madre, Juana, que recita versos en francés desde su cama ... Conocerlas a todas ellas, conocer en general a tantas personas y su contexto, sus ilusiones, sus problemas, ayuda a abrir los ojos y apreciar tantos matices y tantas formas de vida posibles y a veces casi imposibles. Es realmente emocionante.

Andrea me ofreció bombones casi al final de la entrevista, me confesó que es muy golosa, y de fondo se escuchaba a su nieta mayor trastear en el cuarto, haciendo las tareas del colegio. Aquella casa olía diferente, olía a algo intenso y ese olor era cada vez más fuerte a medida que Andrea me iba contando sus experiencias y en realidad su vida. Y me di cuenta: en esa casa olía a todas esas personas que Andrea había cuidado a lo largo de su vida -madre coraje, abuela coraje- y que ahora se mezclaban en una especie de perfume que bailaba cada palabra de aquella mujer que me decía que cuidar a los suyos era lo suyo y que lo había hecho toda su vida.

Yo trataba de mantener la “profesionalidad” en aquel salón lleno de fotos familiares, y Andrea me decía que me tapara con las faldas de la mesa camilla, como hacía ella, porque en aquella mañana de enero hacía frío. Y ante eso y su voz acogedora y calmada, creo que me abandoné un poco a la con-

versación informal con aquella mujer arrugadita por los años y que parecía tan frágil pero que poseía una inmensa fuerza interior. Me contaba historias personales tremendas que a mí me sonaban a insuperables, pero ella parecía haberlas asumido con una tranquilidad pasmosa.

Teresa vive con su madre a la que cuida en la casa en la que ha vivido toda la vida hasta que se casó, y ahora por motivos personales ha vuelto a esa casa. Estábamos charlando en la salita y me contaba que aquella había sido su habitación durante muchos años y me explicó dónde estaba la cama, y dónde el armario. Donde ahora está el sillón en el que su madre reposa las tardes sin poder ver apenas lo que hay detrás de la ventana porque sus ojos están velados por una telita gris, fina.

“Madre, que ha venido la chica de la entrevista “Dile algo, dile ...¿Te has fijado el cutis que tiene con 90 años..?”- me dice a mí sonriendo. “Juana, que está usted que más quisiera yo misma”- se lo tengo que repetir una vez más en un tono de voz más alto porque también está perdiendo oído, y ella se ríe. Y su hija le describe cómo soy físicamente. Y me emociona.

María prefirió venir hasta la oficina para hacer la entrevista; llegó diez minutos antes de la hora prevista y vestida de negro riguroso, porque hace dos meses que murió su madre, a la que llevaba cuidando veinte años, y le está costando hacerse a la idea. María es joven y tiene la piel blanca; contrasta enormemente con el tono de su ropa. Es delgada y se tapa los hombros con la chaqueta que se ha colocado por encima. Cuando me cuenta que ahora a quien tiene que empezar a cuidar es a su marido, que padece una enfermedad degenerativa, lo hace calmada aunque en sus ojos, limpios de maquillaje, se adivine la pena. Está un poco nerviosa al principio, pero después se suelta y me confiesa que hablar conmigo ha sido como una terapia para ella.

María es otra de esas mujeres que dejó todo por cuidar a los suyos. No sabe si es cuestión de vocación o de obligación; sólo sabe que lo hizo y que lo seguirá haciendo. Y aún así tiene tiempo para sus cosas, va a yoga, toma café con sus amigas, etc. Lo que más me impresiona de ella es su sonrisa amplia y clara mientras cuenta que a veces es muy frustrante

saber que el futuro no te depara cosas demasiado buenas, pero que ha optado por vivir el presente. María es una mujer valiente. Trago saliva en ese momento y le sigo preguntando. Ella pone la mano en mi brazo cuando me responde.

Esta es otra de las cosas que tiene la investigación social; cuando haces entrevistas a personas que iluminan el estudio con sus experiencias concretas, es como si ... en algunos casos es como si llamas a la puerta de su intimidad más honda y caminaras por los atajos que estas personas han ido descubriendo por sí mismas con toda la dificultad del mundo, y aunque exista un guión de entrevista más o menos establecido que hay que seguir, al final no se puede reducir todo aquello a unas preguntas escritas en un papel ... porque la vida, y en concreto la vida de estas personas, muchas veces es imposible de resumir en unas cuantas frases...; con qué me quedo de todo lo que me han contado? Y decido hacerles justicia: pues con todo. Y entonces es cuando escondo el papel y charlo con las y los entrevistados como si fuésemos amigos de toda la vida. Además, así va surgiendo la confianza y muchas veces eso se convierte en un espacio de tiempo donde se desahogan y casi hacen recapitulación de su vida, y yo obtengo tanta información para mi trabajo y tanta vida para mi propia vida que al final se lo agradezco. Y tengo la sensación de que nos hemos ayudado mutuamente. O eso espero.

Andrea, María, Teresa... muchas gracias por abrirme las puertas de vuestras casas y contarme tantas cosas; os lo agradezco muchísimo. Tenéis unas vidas que merecen un libro entero.

Apago la grabadora en la que quedan registradas todas las conversaciones. Las vuelvo a escuchar una por una y me acuerdo de cada gesto de cada una de ellas mientras me contaban. Empiezo a escribir y me doy cuenta de que me quedo corta en palabras.

No sé si acabar con un “en algún momento de mi vida quisiera llegar a ser como ellas”.

Violeta Castaño Ruiz
(Investigadora del equipo de Red2Red Consultores)

Objetivos

.....

I

.....

El **objetivo central** que se propone este estudio es conocer mejor y evaluar económicamente el papel de las mujeres en el sector informal de cuidados a personas dependientes frente al papel que ocupan en nuestro país los cuidados formales y remunerados.

Para alcanzar este objetivo prioritario, en el diseño y realización del presente estudio se han marcado progresivamente una serie **de objetivos de carácter instrumental**, que se muestran a continuación:

- Estudiar el perfil de las cuidadoras tanto del sector formal como informal.
- Examinar la situación laboral y familiar de las cuidadoras, tanto informales como de las profesionales del sector de servicios a la dependencia.
- Realizar una cuantificación aproximada de las mujeres prestadoras de cuidados dependientes, tanto las que lo hacen de una manera “formal” como de una manera “informal”.
- Realizar una cuantificación del tiempo que dedican las mujeres al cuidado de las personas dependientes, tanto en el ámbito del hogar como fuera de él.
- Realizar una cuantificación económica del sector de cuidados prestados de una manera informal y realizar una estimación en términos de PIB y de otras variables macroeconómicas.

Aunque no fuese un objetivo específicamente marcado en su inicio, con la realización de este estudio también se ha pretendido fomentar el conocimiento y la difusión del trabajo de cuidado informal que día a día desarrollan mayoritariamente las mujeres de una manera un tanto invisible.

Metodología



II



Para abordar el estudio sobre la realidad del cuidado a personas dependientes que prestan las mujeres españolas y su valoración económica, se han utilizado tres tipos de aproximaciones metodológicas que dan respuesta a los distintos objetivos que se acaban de poner de manifiesto.

En primer lugar, se utilizó una metodología centrada en el **análisis de fuentes secundarias**, basada en la exploración de datos procedentes de otros estudios y las estadísticas existentes sobre cuidadoras de personas dependientes. Entre estas fuentes han ocupado un lugar destacado el *Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España* del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y los diversos informes estadísticos del IMSERSO.

Durante toda la investigación han estado presentes las diversas aproximaciones a esta realidad desde la perspectiva comparada entre hombres y mujeres.

La relación de fuentes consultadas aparece en el Anexo 1 de este Informe.

En segundo lugar, se aplicó una **metodología de carácter cualitativo centrada en la obtención de datos primarios por la vía de la entrevista en profundidad** sobre una pequeña muestra de 10 casos de cuidadoras vinculadas tanto al sector formal como al sector informal, y donde se profundizó fundamentalmente en aspectos ligados a su perfil socio-económico, laboral y familiar. Además de este objetivo principal, también se ha intentado visibilizar el trabajo de las mujeres cuidadoras informales, poco conocido y poco valorado socialmente, según comentan ellas mismas en las entrevistas.

A continuación se muestra una tabla con el perfil de las mujeres entrevistadas entendiendo que podían pertenecer a alguna de las categorías de cuidado que se han establecido para el estudio:

- CF: Cuidado formal (profesionalizado y remunerado)
- CI: Cuidado informal (no profesionalizado, no remunerado)
- CFN: Otro Cuidado formal (no profesionalizado, sí remunerado)

1. *Revisión documental*

2. *Entrevista en profundidad a cuidadoras*

TABLA 1
PERFIL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

Categoría	Edad	País de origen	Profesión	Formación	Estado civil/ situación familiar	A quién cuida (Sólo a Informales)
CF	22	España	Enfermera en Hospital Público	Diplomatura en Enfermería	Soltera	
CF	51	España	Auxiliar de enfermería en Centro en Psiquiátrico	Auxiliar de Enfermería	Divorciada	
CF	27	España	Cuidadora en Centro personas con discapacidad	Animación sociocultural	Soltera	
CF	54	España	Enfermera Centro de en Salud	Diplomatura en Enfermería	Viuda	
CF	22	España	Enfermera en Hospital Público	Diplomatura en Enfermería	Soltera	
CFN	34	Ecuador	En su país: Maestra En España: Cuidadora	Hasta 6° Bachiller en su país	Casada	A una niña pequeña
CFN	29	Perú	Cuidadora	Empezó la carrera de Derecho	Soltera con una hija	A una niña pequeña
CI	68	España	Ama de casa	Primaria	Divorciada	A su madre
CI	74	España	Ama de casa	Estudios primarios	Casada	A sus nietas
CI	54	España	Ama de casa	Estudios primarios	Casada	A su pareja Cuidó a su madre

[Fuente: Elaboración propia]

Cinco de las diez entrevistas concertadas fueron presenciales y las otras cinco telefónicas. Precisamente a las cuidadoras informales se las entrevistó en sus domicilios particulares, menos a una, que se ofreció a venir hasta el lugar de trabajo del equipo de investigación. A las profesionales se las entrevistó, en su mayoría, telefónicamente, excepto en un caso, que fue presencial, ya que contaban con dificultades para compatibilizar sus horarios de trabajo con la realización de la entrevista. En cualquier caso se trató de facilitar la colaboración de todas ellas, teniendo en cuenta su dedicación casi absoluta al cuidado de sus familiares dependientes y el horario de trabajo en sus respectivos hospitales y centros sanitarios.

En cuanto a su estructura, las entrevistas contaron con un guión (ver Anexo 2) que reflejaba los diferentes aspectos a tratar, aunque tenía un carácter abierto para que las preguntas funcionaran más como estímulos verbales, para invitar a la persona entrevistada a transmitir sus opiniones, que como preguntas concretas y cerradas que condicionaran una respuesta breve y dirigida.

El guión se adaptó a las particularidades de las dos realidades analizadas: cuidadoras informales y formales. En este sentido, la sección que se dedica a describir las consecuencias de la actividad sobre la salud, posibilidades de ocio y tiempo libre y vida familiar, se orientó más a las cuidadoras informales que a las formales. En todo caso, nos servimos de todas las variables posibles que permitieran la comparación entre ambos perfiles de mujeres cuidadoras.

Además, en el momento de definir y llevar a cabo el trabajo de campo, se valoró la importancia de entrevistar a mujeres cuidadoras de origen inmigrante, ya que el número de estas mujeres dedicadas a los cuidados es una realidad cada vez más tangible. Son cuidadoras formales –en el sentido que su trabajo está remunerado- pero no son profesionales, aspecto que las diferencia del otro grupo de cuidadoras formales.

Las entrevistas duraron aproximadamente unos 60 minutos, y su contenido fue transcrito con objeto de poder ser analizado de forma más precisa y enriquecedora de cara a los objetivos formulados.

El guión de la entrevista, que se consensuó en su momento con el Instituto de la Mujer, se incluye en los anexos de este documento y contiene información acerca de:

- Los perfiles familiares y educacionales de estas mujeres
- La situación laboral
- El motivo de la dedicación al cuidado (formal o informal)
- Horas semanales dedicadas al cuidado
- Consecuencias de la actividad de cuidados a personas dependientes sobre:
 - Su salud (cansancio, depresión, etc.)
 - Sus posibilidades de ocio y tiempo libre
 - Su vida familiar
- Proyección de su situación si ese trabajo lo realizara un hombre.

En cuanto a la explotación de las entrevistas, hay que decir que ante la riqueza de la información extraída, sobre todo, de las realizadas a las cuidadoras informales, y teniendo en cuenta que como objetivo secundario de este estudio se pretendía visualizar su trabajo además de extraer datos concretos que dibujaran su perfil, se optó por tener en cuenta también otra información valiosa que aportaron sobre su propia vida.

A pesar de la ausencia de representatividad estadística de los datos que se hayan podido obtener con la aplicación de la técnica de entrevista en profundidad a una muestra reducida de casos, entendemos que la información obtenida complementa la resultante de la revisión documental y proporciona una serie de variables de detalle que permiten enriquecer el análisis conjunto de datos.

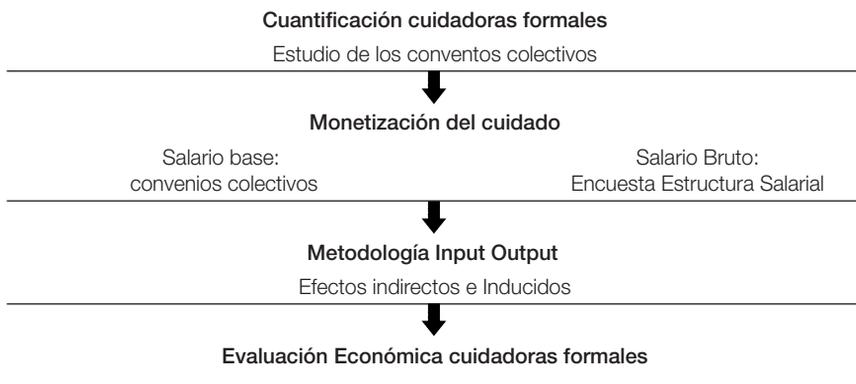
3. Metodología de cálculo económico

Las figuras 1 a 3 contienen los esquemas metodológicos de cálculo para la cuantificación y evaluación económica de los cuidados a dependientes realizados por mujeres. Como se puede observar, cada figura se corresponde con un tipo de cuidado distinto:

- La figura 1 presenta el esquema que se seguirá para la evaluación económica de las cuidadoras formales.
- La figura 2 se centra en describir los hitos necesarios para la obtención de la evaluación de las cuidadoras informales.

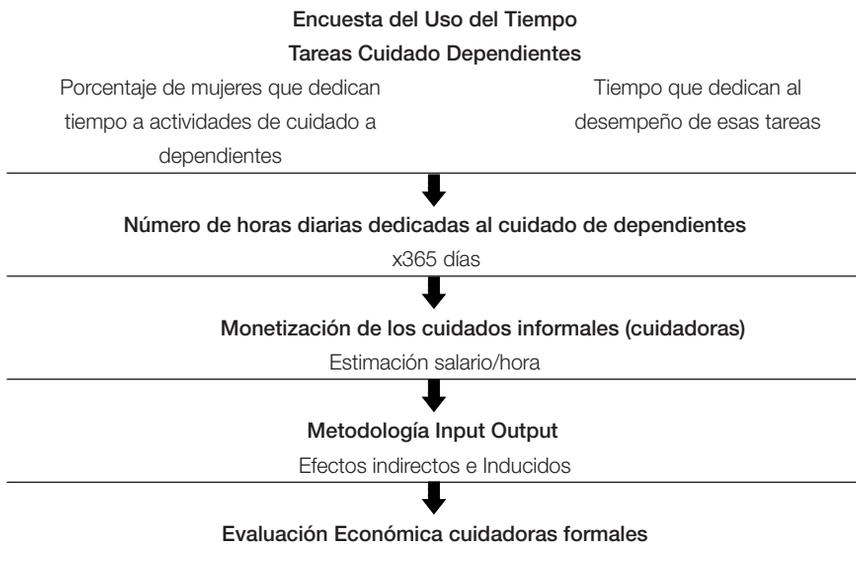
Finalmente, la figura 3 explica la aproximación seguida para evaluar económicamente el impacto que tiene sobre la economía la toma en consideración de todas aquellas mujeres que, aunque remuneradas, ejercen su actividad de cuidadoras en el ámbito de la economía irregular.

FIGURA 1
 ESQUEMA DE ANÁLISIS PARA LA CUANTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LAS CUIDADORAS FORMALES



[Fuente: Elaboración propia]

FIGURA 2
 ESQUEMA DE ANÁLISIS PARA LA CUANTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LAS CUIDADORAS INFORMALES



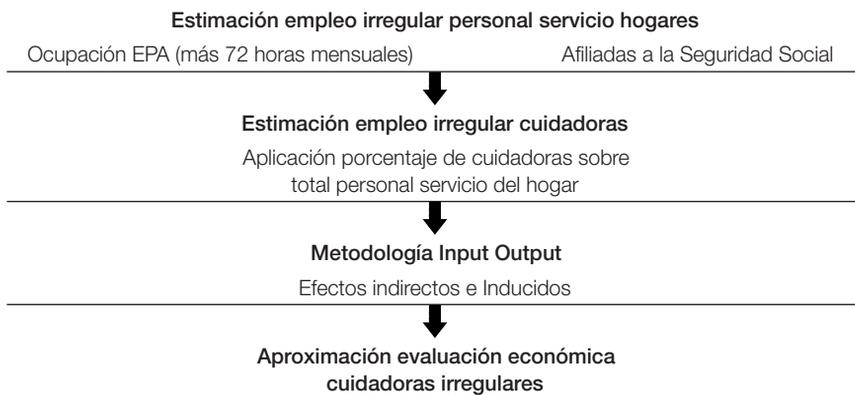
[Fuente: Elaboración propia]

Como se puede observar, el esquema seguido para cada tipo de cuidado es diferente. Así, mientras que en los cuidados formales el análisis se centra en la explotación de los convenios colectivos (de los cuales puede extraerse una cuantificación de personas cuidadoras y el salario base) y las estadísticas salariales del INE, en los cuidados informales la clave se sitúa en la utilización de las *Encuestas del Uso del Tiempo*, a partir de las cuales se puede obtener una cuantificación del tiempo dedicado a los cuidados, así como una estimación del número de cuidadoras, y la posterior monetización del número total de horas obtenido mediante la aplicación de un ratio salario/hora.

Finalmente, la aproximación de la evaluación económica de los cuidados en situación irregular se basa en la comparación de las personas ocupadas de la *Encuesta de Población Activa* (más de 72 horas mensuales, ya que sólo en ese caso existe obligación de afiliarse a la Seguridad Social), y los afiliados al registro de la Seguridad Social.

FIGURA 3

ESQUEMA DE ANÁLISIS PARA LA APROXIMACIÓN A UNA CUANTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LAS CUIDADORAS EN SITUACIÓN IRREGULAR



[Fuente: Elaboración propia]

Como se puede observar en las figuras, el elemento metodológico común en todos los cálculos efectuados, con independencia del tipo de cuidado a personas dependientes que se

aborde, es la utilización de la **metodología *input output*** para el cálculo de los efectos indirectos e inducidos que tradicionalmente no se tienen en cuenta en ejercicios de cuantificación de este tipo.

En consecuencia, y dado que el resto de hitos metodológicos se describirán ampliamente cuando se aborde cada tipo de cuidado, este apartado metodológico se centrará en describir los efectos generados como consecuencia de la aplicación de la metodología *input output*.

Las tablas *input output* cuantifican cómo se distribuye una actividad entre el conjunto de los sectores de la economía de una economía de referencia desde el punto de vista de los recursos y de los empleos. Las tablas constituyen el esquema idóneo de consistencia para la realización de cualquier cuantificación y análisis sectorial y son, además, el marco contable para las cuentas nacionales de oferta, demanda y rentas y está totalmente homogeneizado a nivel europeo para cálculos de aportación al PIB.

Los recursos hacen referencia a los elementos componentes del coste de producción de cada sector, que son de dos tipos: los consumos intermedios, que son las compras que cada sector hace de los demás sectores de la economía, y el valor añadido, que contiene, básicamente, la suma de los costes laborales y excedente bruto de explotación.

Por su parte, **los empleos** se refieren a la distribución de la producción de cada sector entre los distintos usos posibles. Así, la producción de cada sector puede destinarse a usos intermedios (esto es, ventas a otras ramas) o a usos y destinos finales (esto es, al consumo final, formación bruta de capital o exportaciones).

Las compras y ventas intermedias (entre distintos sectores de actividad), definen la matriz de *inputs* intermedios, que permite analizar el conjunto de interdependencias entre sectores y edificar los análisis de simulación y proyección. Las interdependencias entre sectores son complejas y trascienden las compras o ventas intermedias directas. Por ejemplo, un aumento de inversión en un sector supone un incremento de la producción del mismo, pero para hacer frente a este incremento de producción, los agentes del sector tendrán que

consumir *inputs* de una multitud de sectores distintos y éstos, a su vez, para responder a la nueva demanda, habrán de aumentar sus consumos de otros sectores y así sucesivamente. Estas son precisamente el tipo de relaciones intersectoriales que vendrían descritas a través de la Tabla Input Output. La utilización de la metodología *input output* (ver, a tal efecto, el Anexo 3 para profundizar en distintos aspectos de la misma), va a hacer posible recoger el conjunto de efectos que se derivan de la prestación de servicios de cuidado informal (y también la relativa al cuidado formal), sobre el conjunto del tejido productivo, y que trascienden a los estimados a partir del epígrafe anterior, ya que permite “poner en valor” este tipo de actividad (hasta ahora) no remunerada. En concreto, la utilización de metodología *input output* va a hacer posible aflorar tres tipos de efectos:

- **El efecto directo:** Se trata del efecto que se ha obtenido una vez que se han “monetizado” o cuantificado los servicios de cuidado informal a personas dependientes.

- **El efecto indirecto:** El efecto indirecto nace de la hipótesis analítica de integrar estos servicios de cuidados informales dentro del circuito productivo. Esto es, se trata de analizar cuáles son los efectos que tales servicios tendrían sobre el tejido productivo si éstos se visibilizaran. Para ello es preciso, en primer lugar, asignar estos servicios a una serie de ramas productivas (las contempladas en la Tabla *Input Output*). A partir de ahí es posible calcular este efecto indirecto, que se explica por las necesidades que tienen las ramas productivas de la economía de incorporar consumos intermedios asociados a estos servicios de cuidado a personas dependientes para poder llevar a cabo su producción. Esas necesidades de incorporación de consumos intermedios se traducen, en definitiva, en efectos beneficiosos sobre los sectores proveedores, que se ven dinamizados. A su vez, esos sectores proveedores para poder producir necesitan incorporar un conjunto de *inputs* a su proceso de producción y así sucesivamente. El resultado final de estas rondas de efectos en la producción de los sectores es el llamado efecto indirecto. El efecto indirecto se puede descomponer en **dependiente o independiente**.

El efecto indirecto dependiente es el que se obtiene de computar los incrementos de producción de los sectores

directamente estimulados como consecuencia de la toma en consideración de los cuidados, mientras que el efecto indirecto independiente es el que se origina al tener en cuenta sucesivas iteraciones en las que los aumentos en la producción de unos sectores generan incrementos en la de otros.

- **El efecto inducido:** El efecto suma de los anteriores todavía tiene efectos adicionales. Así, el aumento en la producción genera un mayor empleo y esto significa aumento en las rentas del trabajo que se traduce a consumo en función de la propensión a consumir de los hogares. El incremento en consumo produce toda una nueva cadena de efectos como los descritos más arriba cuya suma se conoce como efecto inducido.

El cómputo de los efectos directos, indirectos e inducidos constituye la valoración económica completa de los cuidados a personas dependientes por parte de las mujeres. En la medida en que es posible obtener una cuantificación en términos de producción efectiva, valor añadido bruto, producto interior bruto y empleo generado, es posible determinar el impacto en términos porcentuales con respecto a los valores que toman esas macromagnitudes (tales como el PIB) en un año determinado (disponibles en Contabilidad Nacional de España, y en la *Encuesta de Población Activa* para el caso del empleo).

*El cuidado de
personas
dependientes*

III

1.
***Introducción:
las mujeres y
su relación con
el cuidado a
personas
dependientes***

En este tercer capítulo se van a tratar aspectos relativos al cuidado, para conocer el concepto y todo lo que implica: su significado, las actividades que conlleva el cuidar a una persona dependiente o con falta de autonomía, qué personas necesitan de este cuidado, etc., esto es, la introducción de los aspectos esenciales del estudio.

Se va a hacer referencia al escenario en el que se ha ido desarrollando la actividad del cuidado, y se analizan las posibles causas culturales, demográficas, etc., que han podido influir en el hecho de que sea una tarea realizada, mayoritariamente, por mujeres, como señalan las cifras que adelantamos en la tabla que sigue, y en las que tendremos ocasión de profundizar más adelante en el capítulo IV referido al perfil de las personas cuidadoras.

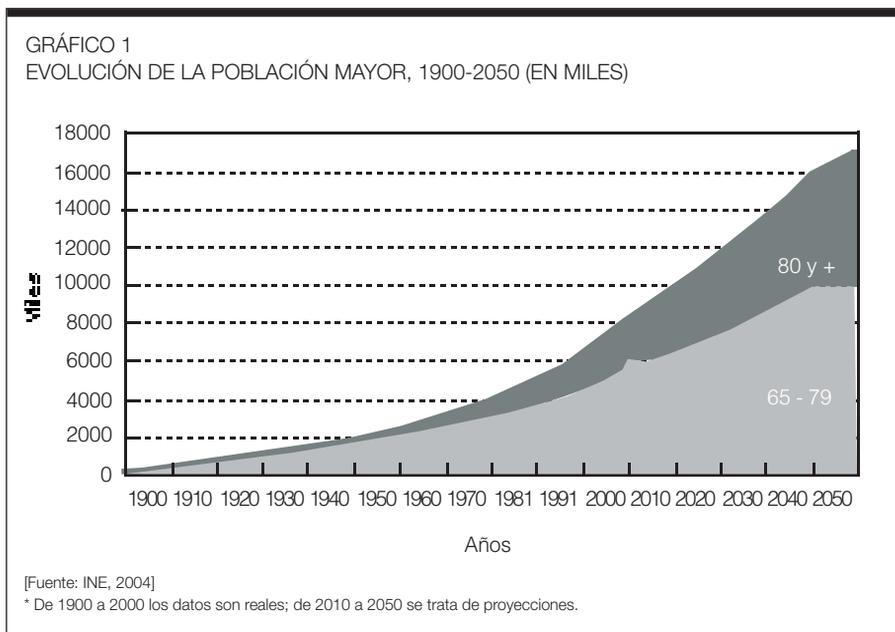
Como se pondrá más adelante de manifiesto, la dedicación formal o informal al cuidado la ejercen fundamentalmente las mujeres en un porcentaje significativamente muy alto en comparación con la dedicación al cuidado que manifiestan los hombres. Pero, ¿cuáles pueden ser las razones por las que las tareas de cuidado recaen mayoritariamente en las mujeres?

Desde el punto de **vista histórico** ciertas argumentaciones (1) relacionan la caída del Socialismo en Europa con la desaparición del Estado Social y la consecuente reducción de las políticas sociales. De esta forma, alguien tuvo que asumir estas funciones que dejó de proporcionar el Estado, y éstas fueron las mujeres. A ello se une la influencia de las políticas fundamentadas en la tradición religiosa cristiana, que fomentan un modelo de familia determinado y una división clásica del trabajo por sexos en la que el cuidado, el trabajo no remunerado y la reproducción, parecen estar reservados para las mujeres.

En línea con esto último, hay argumentaciones de **tipo social** que indican la presencia notable del sexo femenino como protagonista de las tareas de cuidado, en concreto, el cambio de la estructura familiar tradicional, que se caracteriza por:

- La desaparición de la familia extensa tradicional (incremento de las familias monoparentales, entre otras cosas, por la decisión de algunas mujeres de ser madres solteras).

- La movilidad y separación demográfica de los miembros de una familia, debido sobre todo a motivos laborales, lo que puede provocar que sean las mujeres quienes queden al cargo de las personas dependientes o no autónomas.
- El retraso en la independencia de los hijos e hijas, por lo que son ellas las que siguen responsabilizándose de su cuidado.
- Y, sobre todo, el envejecimiento de la población. A continuación se presenta un gráfico en el que se muestra la evolución del envejecimiento de la población española.



El gráfico muestra un progresivo incremento de las personas ancianas con el paso del tiempo. De este modo, la proporción de personas de 65 y más años, según las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadística-INE (2), en el año 2025 supondrán el 21,2% del total.

Aún más recientes, de enero 2008, son las cifras que acaba de publicar el Banco de España en un informe titulado “Situación actual y perspectivas de evolución de la población en

España” que recoge las estimaciones a corto plazo del INE (3). Según dicho informe, España se acercará en 2015 a los 50 millones de personas de los que un 26% será dependiente.

- Directamente relacionada con esta situación se adivina, y las cifras lo muestran, que habrá mucha población anciana que esté afectada por una situación de dependencia, es decir, que necesite ayuda para desempeñar las tareas habituales y necesarias de su vida cotidiana. Actualmente, se considera que en España existen cerca de 4 millones de personas con discapacidad o con limitaciones que pueden llegar a causar discapacidades, de las cuales un millón y medio se encuentra en alguna situación de dependencia, y se cree que esta cifra de dependientes alcanzará los 2,3 millones en el año 2020 (4).

Esas personas necesitarán, entonces, de otras personas que se encarguen de su cuidado. La opción de que cuiden las mujeres en el seno de la familia suele preferirse a la atención sociosanitaria de las administraciones públicas tanto por las personas dependientes como por la propia familia, pero con la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo la estructura del cuidado informal de las personas dependientes ha ido sufriendo modificaciones y adaptándose a los nuevos cambios. Todo ello se analizará más adelante.

- Pero, sobre todo, el factor de mayor relevancia que puede estar explicando la gran presencia de las mujeres en el cuidado ha sido la transformación social de su rol, que implica una mayor presencia en la vida económica, social, cultural y política.

Al margen de estos datos, también se recurre a otras **consideraciones culturales** basadas en la distribución de roles emocionales y esferas sociales. Se trata de la asignación por sexos de ciertos valores, características y ocupaciones según una cultura tradicional de carácter androcéntrico. De esta forma, se considera que las mujeres deben ocupar la esfera privada, la dedicada a las tareas reproductivas y de cuidado de los hijos. Por su parte, los hombres parecen estar destinados a protagonizar la esfera pública, la que envuelve las relaciones sociales, el ámbito laboral. Además, los rasgos de personalidad parecen estar específicamente configurados para

estas tareas: se supone que la mujer es “tierna y cuidadosa”, y el hombre “sabe cómo manejarse en un entorno hostil, sabe defender sus intereses frente al enemigo en la arena pública”. En este sentido, desde algunas posturas se considera que las mujeres deciden por ellas mismas ocupar esta esfera de lo privado – caracterizada por la entrega incondicional y el cariño – porque necesitan sentirse gratificadas en una sociedad en la que predomina el valor económico y la competencia.

Como se ha podido observar, la conjunción de diversos elementos ha podido determinar que la responsabilidad de cuidar haya recaído históricamente – y aún siga recayendo – sobre las mujeres.

En palabras de Forster (2004) (5):

“Es quizá el orden de valores basado en la sociedad patriarcal el responsable de que las mujeres continúen sintiendo que cuidar es algo que les está reservado o, cuanto menos, que **vivan de forma más emocionalmente exaltada** que los hombres la situación de necesidad de cuidados”.

¿Y qué valor económico tiene el cuidado de personas? En la IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre las mujeres (Pekín, 1995) (6) se denunció que el trabajo de cuidado de niñas y niños y de las personas mayores que tradicionalmente asumen las mujeres de forma no remunerada, es un trabajo que no se suele cuantificar y no se valora en las cuentas nacionales. De esta manera, la contribución de las mujeres al desarrollo se ve seriamente subestimada y así, su reconocimiento social es limitado. La plena visibilidad de los trabajos no remunerados de las mujeres contribuirá a que se compartan mejor las responsabilidades con los hombres.

Por todo ello, la Plataforma para la Acción de la mencionada Conferencia, entre las medidas propuestas, abogó por conocer y formular métodos para determinar el valor cuantitativo del trabajo no remunerado que realizan las mujeres mediante cuentas satélites acordes con las cuentas nacionales básicas.

El presente estudio trata de aportar una nueva luz en este esfuerzo de cuantificación de la tarea de cuidado a personas dependientes.

2. Qué significa cuidar

Como primer paso, hay que definir y delimitar el concepto que determina el objeto del análisis, que es el del cuidado de personas dependientes. Si la idea final del estudio es conocer qué valoración económica supone el cuidado para las personas dependientes, habrá que identificar qué es y qué implica ese cuidado, qué tareas engloba por parte de los y las cuidadoras que lo ejercen y a qué se llama persona dependiente o no autónoma que necesita de esos cuidados.

Así, de manera muy básica se puede describir cuidar como: **atender a otras personas en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (7).**

La diferenciación principal que habrá que realizar es la que considera dos tipos de formas de cuidado:

- **Cuidado formal** profesional: Atención a la persona dependiente en los cuidados más básicos en una institución (establecimientos de larga estancia, hospitales, centros de salud ...). El cuidador formal también puede ser el personal contratado que asiste a la persona mayor o menor con discapacidad en su hogar, o que mantiene un acuerdo o relación formalizada con la familia de la persona dependiente. A esta modalidad concreta de cuidado formal la hemos denominado “cuidado formal / no profesional”.
- **Cuidado informal**: Consiste en la atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención (8).

La **diferencia esencial** entre las dos formas de cuidado estriba en el hecho de que la segunda se realiza de forma básicamente no remunerada, y la primera se considera una actividad profesional retribuida económicamente.

3. Por qué se cuida

En las entrevistas en profundidad (9) que se realizaron en el marco del estudio del IMSERSO (2005) (10) se esgrimen algunas razones por las que las personas cuidadoras deciden implicarse en el cuidado de las y los dependientes. Las más significativas son las que siguen:

TABLA 2
CAUSAS DEL CUIDADO INFORMAL

Motivo	Porcentaje
Por obligación moral	90,6%
Es algo que me genera una gran satisfacción	79,7%
Es algo que me dignifica como persona	78,9%
La persona a la que cuido está muy agradecida y eso me gratifica y me recompensa	78,5%
Mi círculo de relaciones sociales valora mucho los cuidados que presto a esta persona	58,5%
No me queda otro remedio	50,7%
Encuentro apoyo en mis convicciones religiosas	44,0%
Económicamente no me puedo plantear otra solución	46,6%
Hay mucha gente de mi entorno que considera que no debería hacer ese sacrificio	21,0%

[Fuente: Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. IMSERSO, 2005]

El primer dato que llama la atención es la prevalencia de motivos subjetivos (por satisfacción, por obligación moral, etc.) frente a motivos objetivos (como la necesidad económica). Otro dato interesante, es que el 62% de esos cuidadores/as tomaron la iniciativa en la decisión de cuidar a la persona en situación de dependencia.

Según el trabajo de campo desarrollado en el estudio a través de una serie de entrevistas en profundidad a mujeres cuidadoras formales e informales, los motivos principales por los que las cuidadoras informales prestan su ayuda a sus familiares coinciden con los dos primeros que aparecen en la tabla anterior –“por obligación moral”, “es algo que me genera una gran satisfacción”–.

*“Yo asumí ese cuidado desde un principio.
Es tu madre y no te planteas otra cosa”*

Por lo tanto, se ratifica principalmente que el hecho de que el cuidado recaiga en las mujeres se debe sobre todo a una decisión personal que se ve influenciada por razones culturales poderosamente enraizadas.

4. *A quién se cuida*

4.1. Definición de persona dependiente

Según la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en su artículo 5, son titulares del derecho de cuidado las personas que se encuentran en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos, teniendo en cuenta que “dependencia” se considera “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”, a ello, la citada ley añade en la definición de personas dependientes a los menores de 3 años que posean una discapacidad física, mental o intelectual.

En el presente estudio –y en referencia a uno de los objetivos que se persiguen– se va a incluir, además de las personas que sufren algún tipo de dependencia, que identifica la propia Ley 39/ 2006, a la población infantil en general (no sólo aquélla que tiene alguna discapacidad, como señala la Ley) por considerar que no es lo suficientemente autónoma como para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria, y que son personas que necesitan ayuda de otras de las que dependen.

4.2. Aproximación a los perfiles de las personas dependientes objeto del presente estudio

Para el conocimiento del perfil de las personas dependientes, en su análisis se tendrán en cuenta las variables de la edad y el sexo.

La EDAD y la dependencia:

- **Se cuida a las personas mayores dependientes.**

Según la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* de 1999 elaborada por el Instituto Nacional de

Estadística, INE –EDDES 99– (es posible que para finales del año 2008 ya exista una actualización de estos datos), se da una clara relación entre las situaciones de discapacidad y la edad; así, más del 32% de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad, mientras que entre las menores de 35 no llega al 5%. Además, a partir de los 50 años va aumentando considerablemente la proporción de personas con discapacidad. En concreto, el 23,1% son adultos/as maduros/as de 45 a 64 años, y el resto (18,1%) adultos/as, jóvenes y niños/as de corta edad.

Las causas de la posible discapacidad varían según los grupos de edad, y conforme se cumplen más años la persona va enfrentándose a más riesgos en su vida cotidiana y los motivos por sufrir alguna discapacidad aumentan (accidente de tráfico, accidente laboral, el propio envejecimiento...), mientras que lógicamente las causas por las que una persona puede adquirir discapacidad en el momento de su nacimiento disminuyen (problemas en el parto, problemas genéticos, etc.).

TABLA 3
EDAD Y SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Grupos de edad	Discapacidad
Infantil y juvenil	2%
Adultos/as jóvenes (20-44 años)	3,1%
Edades maduras	9,4%
Mayores	32,2%
Mayores de 85	63,6%

[Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EDDDES, 1999.]

Pero aunque suele relacionarse la necesidad de ayuda con la edad más avanzada, existen ciertas excepciones: cuando la discapacidad se produce por enfermedades degenerativas que se manifiestan en edades tempranas, cuando la discapacidad es sobrevenida por algún tipo de accidente... o cuando se trata de enfermedades que existen desde el nacimiento y requieren de cuidados y atenciones especiales.

- **Se cuida a la infancia, dependiente por situación de discapacidad o porque no posee la autonomía personal necesaria para realizar las actividades básicas de la vida diaria.**

Tal y como se decía anteriormente, la Ley de Dependencia no considera esta franja de edad entre la población dependiente, ya que tiende a equipararse la dependencia con la discapacidad o con alguna situación de enfermedad. Pero en este estudio también se propone incluir a la población infantil menor de 3 años (en general) entre la necesitada de cuidados y atenciones porque no pueden valerse por sí mismos/as para realizar las llamadas Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y para ello requieren del cuidado de una persona adulta (11).

Así, según las necesidades generales que deben cubrir las personas dependientes en su día a día, en este estudio también van a considerarse como “dependientes” todas las personas menores de 3 años.

La siguiente tabla muestra la población infantil total, y que es considerada como no autónoma por la variable edad.

TABLA 4 POBLACIÓN TOTAL MENOR DE 3 AÑOS, SOBRE EL TOTAL DE POBLACIÓN POR SEXO			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total Población			
0-100 años	45.283.259	22.356.882	22.926.377
Total Población			
0-3 años	1.901.053	978.150	922.903
% Población < de 3 años sobre el total de población	4,2%	4,4%	4,1%

[Fuente: INE, 2008 y elaboración propia]

Según estos datos, en el conjunto de la población total (entre 0 y 100 años) el 4,2% es menor de 3 años. Resulta llamativo el dato de que la población de niños (en los momentos del análisis) es ligeramente superior a la de las niñas, a pesar de que en el conjunto de la población española hay más mujeres que hombres.

En esta otra tabla se presenta la población no autónoma de 0 a 6 años (ya que en la *Encuesta sobre Discapacidades, Defi-*

ciencias y Estado de Salud –EDDES– no existe cálculo para el intervalo de edad considerado en este estudio –de 0 a 3 años–, o que es dependiente, ya no sólo por su edad sino porque posee alguna discapacidad.

TABLA 5
PORCENTAJE DE PERSONAS ENTRE 0 Y 6 AÑOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA POR DISCAPACIDAD

Edad	Hombres	%	Mujeres	%	Ambos sexos	%
0-6	24.723	49,9	24.853	50,1	49.576	100

[Fuente: EDDES, INE. 1999]

Según la tabla anterior, se observa que del total de la población entre 0 y 6 años en situación de dependencia por discapacidad, existe un margen mínimo de diferencia entre ellos y ellas aunque estas últimas alcancen un porcentaje ligeramente superior.

TABLA 6
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD ENTRE 0 Y 6 AÑOS EN COMPARACIÓN CON EL TOTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

	% Total personas con discapacidad		% Total personas con discapacidad		% Total personas con discapacidad	
	Ambos	Mujeres	Mujeres	Hombres	Hombres	
Total población entre 0-6 años con discapacidad	49.576	1,5	24.853	0,7	24.723	0,7
[Total población con discapacidad]			3.528.220			

[Fuente: EDDES, (INE 1999) y elaboración propia]

Como se observa en la tabla, los niños y niñas de entre 0 y 6 años suponen un 1,5%, del total de población dependiente por discapacidad, y desagregados por sexos, ellas y ellos alcanzan el mismo 0,7% de esa población total española con discapacidad.

En conclusión, de cara al público menor de edad objetivo de los cuidados a los que hace referencia nuestro estudio podemos referirnos a niños y niñas por igual.

El SEXO y la dependencia:

Se cuida a las mujeres dependientes:

Si se tiene en cuenta la variable sexo para el conjunto de la población de cualquier edad, parece que existe mayor número de mujeres (58%) en situación de dependencia que de hombres. En este sentido, y según la EDDDES del año 1999, es en las edades más altas cuando las mujeres empiezan a protagonizar las cifras más elevadas de discapacidad y posible dependencia.

TABLA 7
SEXO Y SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA

	Personas con discapacidad (%)		Población Nacional Total (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-5	1,8	1,2	5,8	5,3
5-9	1,1	0,7	4,1	3,8
10-14	1,3	0,7	5,5	5,2
15-19	2,2	1,0	7,1	6,6
20-24	2,6	1,1	8,3	7,8
25-29	3,5	1,4	8,6	8,1
30-34	4,7	2,1	8,3	8,0
35-39	4,3	2,7	7,7	7,5
40-44	4,4	2,6	6,9	6,8
45-49	4,8	3,3	1,9	6,1
50-54	5,4	4,7	5,8	5,9
55-59	7,0	5,6	4,9	5,1
60-64	10,3	7,8	4,7	5,1
65-69	11,6	11,0	4,8	2,1
70-74	12,2	14,0	3,9	4,8
75-79	12,5	14,8	2,7	3,8
80-84	8,7	12,2	1,9	2,5
85 y más	8,0	13,2	6,2	5,4

[Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EDDDES (INE), 1999]

Varios estudios explican la presencia mayoritaria de mujeres con discapacidad y posible dependencia porque, en comparación con los hombres, ellas cuentan con una **esperanza de vida más elevada**. Así, hasta los 70 años las mujeres tienen menos probabilidades de tener una discapacidad, pero a partir de esa edad estas probabilidades se invierten. Las mujeres que se han dedicado desde los 50 años aproximadamente al cuidado de personas dependientes (sus progenitores, de forma general), cuando llegan a los 70 empiezan a necesitar de esos cuidados, y la situación que se produce es que de manera informal no pueden ser atendidas por sus parejas, pues por edad pueden haber fallecido o estar en una situación de dependencia aún mayor, y deben ser atendidas por sus descendientes (normalmente sus hijas, como veremos en el epígrafe siguiente dedicado al perfil de los cuidadores). Por otro lado, estas mujeres ahora dependientes dispondrán de pocos recursos institucionales por su ausencia en el mercado de trabajo a lo largo de su vida (entre otras causas por haberse dedicado al cuidado de otras personas), y tendrán pensiones más reducidas (12). De esta forma, se produce la **feminización del cuidado** en su doble vertiente: persona cuidadora y persona cuidada, se convierte en una dinámica de “círculo cerrado” cuyo peso recae sobre las mujeres y tiene consecuencias sobre sus vidas.

Continuando con las razones por las que las mujeres alcanzan cotas más altas de discapacidad, éstas pueden tener que ver con el **contexto sociocultural** en el que hombres y mujeres se desenvuelven durante las diferentes cotas de edad. Por ejemplo, en la etapa escolar (hasta los 16 años) las tasas de discapacidad son más elevadas entre los niños como consecuencia de sus comportamientos denominados “más activos” y/o más arriesgados. Igual ocurre entre los 17 y los 39 años, porque las conductas más inquietas y/o violentas siguen más presentes entre los hombres y las mujeres en estas edades. De esta forma, en las edades intermedias, y con la supuesta llegada de la madurez en ambos sexos, las situaciones de discapacidad entre los varones se reducen y, en cambio, aumentan en las mujeres por otros factores de tipo biológico. En torno a los 65 años ellos vuelven a incrementar la tasa de discapacidad y también de mortalidad frente a las mujeres, que padecen enfermedades discapacitantes pero no mortales, como ya hemos avanzado.

En un estudio realizado por el Instituto de Estadística Andaluza –IEA– (2005) (13) se hace referencia al número de muje-

res y hombres que necesitan y reciben ayuda (en el ámbito andaluz, pero puede servir como referencia para el resto de España), y se estiman las siguientes cifras

TABLA 8
PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES QUE RECIBEN O NO AYUDAN SEGÚN EL TOTAL DE PERSONAS QUE NECESITAN ESA AYUDA

	Necesitan ayuda y no reciben	% Sobre el total de las personas que necesitan ayuda	Necesitan ayuda y sí reciben	% Sobre el total de las personas que necesitan ayuda
Mujeres	38.326	6,3	351.405	57,9
Hombres	35.527	5,9	181.460	29,9

[Fuente: "Andalucía, dependencia y solidaridad en las redes familiares". IEA y elaboración propia a partir de datos de dicho estudio]

TABLA 9
PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES QUE NECESITAN DE CUIDADOS

	Necesitan ayuda	%
Mujeres	389.731	64,3
Hombres	216.987	35,7
Ambos sexos	606.718	100

[Fuente: elaboración propia]

El total de las personas que requieren cuidados, y el resultado desagregado por sexos, se ha obtenido sumando las cifras de los/as que necesitan ayuda y no la reciben y los/as que necesitan ayuda y sí la reciben, ya que el sumatorio permitirá obtener el total de hombres y mujeres que necesitan esa ayuda –independientemente de que la reciban o no–.

Así, un 6,3% de las mujeres que necesitan ayuda no la reciben, y un 5,9% de los hombres que necesitan ayuda tampoco la reciben.

Estos porcentajes hay que valorarlos teniendo en cuenta la cifra de hombres y la cifra de mujeres que necesitan ayuda, ya que la diferencia entre ambos es de 172.744 hombres me-

nos necesitados de ayuda, es decir, un 28,5% menos que las mujeres necesitadas de cuidados. Este porcentaje sobre el total de las personas necesitadas de ayuda se ha calculado restando el número total de mujeres necesitadas de ayuda y el número total de hombres necesitados de ayuda –datos que se observan en la tabla anterior–.

Insistiendo en la variable **edad**, en la Encuesta Nacional de Salud (2006) (14) aparecen los siguientes datos:

TABLA 10
ESTADO DE SALUD POR SEXO Y EDAD

Percepción del estado de salud %

Años	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Hombres					
0 a 15	39,3	49,4	9,5	1,4	0,2
16 a 24	34,9	56,8	7,4	0,4	0,3
25 a 44	23,2	57,4	15,5	2,2	1,5
45 a 64	12,9	50,1	26,1	8,5	2,2
65 y más	6,3	39,5	40,3	10,9	2,7
Mujeres					
0 a 15	40,4	48,3	9,9	0,7	0,6
16 a 24	31,0	52,7	13,7	1,6	0,8
25 a 44	20,3	52,4	22,1	3,7	1,4
45 a 64	9,5	44,3	34,1	8,8	3,0
65 y más	4,9	25,2	44,4	19,0	6,3

[Fuente: Encuesta Nacional de Salud. (INE) 2006]

A la vista de la tabla se observa cómo tanto para las mujeres como para los hombres el paso a 65 años o más genera una percepción de un estado de salud (15) empeorado (pasa de “bueno” a “regular”), si bien, en las mujeres, la percepción de su estado de salud es mucho más pesimista en porcentaje que la de los hombres.

En IMSERSO (2007) (16) se ofrecen datos más actualizados y se señala que es a partir de los 85 años cuando se duplican las valoraciones negativas respecto al estado de salud y que, en general, las mujeres evalúan su salud de manera más negativa que los hombres.

En definitiva, la edad y el sexo aparecen estrechamente relacionados con la autovaloración de la salud por parte de las personas y con alcanzar una posible situación de discapacidad y dependencia.

- 5. *Cómo se cuida*** De nuevo, y como se ha hecho en el punto 2 sobre qué significa cuidar, hay que diferenciar cómo se cuida en los dos tipos de cuidado que hemos definido.

5.1. *Cómo se cuida formalmente*

La incorporación de la mujer al mercado laboral ha impulsado un cambio social según el cual es necesario replantearse el cuidado de las personas dependientes, que hasta ahora desempeñaban las mujeres por la vía del cuidado informal.

De esta manera, está siendo preciso reorientar y profesionalizar la asunción del ejercicio del cuidado hacia otros agentes sociales, y han sido los modelos de protección social de carácter público los que han tenido que retomar las riendas de la atención a los dependientes.

A continuación, se van a comentar los modelos principales de atención a dependientes, en Europa y en España.

Los modelos europeos de atención a personas dependientes: Los gobiernos de la mayoría de los países europeos incluyen – ya desde los primeros años de la década de los 90– la protección social de la dependencia.

En este sentido, se pueden describir tres formatos de cuidados personales que se corresponden con los modelos del Estado del Bienestar:

- **Sistema de protección universal**

A grandes rasgos, los países que aplican este modelo se caracterizan por haber experimentado un envejecimiento sustancial de la población a partir de los años 80 del pasado siglo.

El concepto de “ciudadanía” es esencial en esta visión del cuidado, y se asume que el Estado debe cubrir las situacio-

nes de necesidad y dependencia de los ciudadanos por el mero hecho de serlo.

Las características principales de este sistema son:

- Es de cobertura universal no asistencial.
- La financiación es de tipo público aunque se ha ido introduciendo la financiación privada.

En los últimos años se ha tendido a la municipalización, a la producción mercantil y la privatización de la atención en función del nivel de renta y educación. Hay que tener en cuenta que los países que lo practican invierten en los cuidados entre el 2,6% y el 3% de su PIB, y son los países escandinavos los más típicos representantes de este modelo de protección social. Todos ellos cuentan con unas características sociodemográficas semejantes, y es que viven más personas mayores solas que en ninguno de los demás países industrializados (sobre todo mujeres mayores), por eso la demanda de protección pública es más alta. Además, se ha movido el foco del protagonista de los cuidados desde la familia hacia un sistema de atención formalizado, entre otras cosas porque los servicios públicos se han hecho más accesibles y atractivos, tanto para los propios dependientes como para las familias; a ambos les compensa recibir la ayuda por parte de esta forma de cuidado institucionalizada.

• **Sistema de protección a través de la Seguridad Social**

En este modelo, la prestación a la dependencia se sitúa en el mismo nivel que las prestaciones por desempleo y la protección a la familia, dentro de sistema de la Seguridad Social que lo financia. Además, se reconoce el derecho a la prestación no contributiva independientemente de la situación económica, aunque el seguro de dependencia se orienta al apoyo de la persona cuidadora, no a su “sustitución” y las prestaciones son limitadas. Se evalúa la situación de dependencia en grados o niveles de gravedad.

Como ejemplos de países europeos que funcionan con este sistema están Alemania, Francia, Austria y Luxemburgo, cuyo gasto social está entre el 1,2% y el 1,5% del PIB.

- **Sistema asistencial**

Es el modelo asignado a los países del Sur de Europa, donde la responsabilidad de los cuidados sigue recayendo tradicionalmente sobre las mujeres. Se trata un sistema público financiado por impuestos de cobertura limitada y destinado a satisfacer las necesidades básicas de las personas en situación de dependencia con escasos recursos económicos y es un modelo que cuenta con un alcance y una extensión limitados.

Por lo general, los cambios sociodemográficos que estamos experimentando van conduciendo a una superación del modelo asistencial por los modelos que priman la protección y la garantía de los derechos.

Los modelos españoles de atención a personas dependientes:

En España en particular también puede hablarse de la influencia de **tres modelos distintos de actuación frente a la situación de discapacidad y dependencia**. Si se analiza el contenido de cada una de estas perspectivas de intervención se observa que se producen avances en la consideración de la asistencia, que pasa de la simplemente sanitaria a la que incluye todo un contexto de desarrollo social tratando de eliminar, además, el trasfondo paternalista de la ayuda.

- El **modelo de rehabilitación** apuesta por la igualdad de oportunidades y está basado en el concepto de “no discriminación”. Aparece tras la II Guerra Mundial, y en sus comienzos estuvo relacionado con la protección dispensada por parte de los estados a los combatientes heridos en la contienda; estaba centrado en la compensación mediante técnicas terapéuticas. Este modelo fue el predominante en los 70 y en nuestro país se reflejó en la Ley 193/1963, de 28 de diciembre de 1963, de Bases de la Seguridad Social.
- El **modelo de igualdad de oportunidades** surge en los años sesenta y se circunscribe a la época de la lucha por los derechos civiles en Estados Unidos. Supone un avance en la proporción de ayudas más allá de las referidas a la rehabilitación: prestaciones económicas, prestaciones de servicios y ayudas técnicas.

En España este modelo queda reflejado en la Constitución Española de 1978, que además supone un cambio en el tratamiento jurídico de la discapacidad. En concreto en su artículo 14, en el 9.2 y en el 49.

Art. 14. "Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social".

Art. 9.2. "Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social".

Art. 49. "Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos".

Tras la Constitución de 1978, fue la Ley 13/1982 de 7 de Abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), promulgada en el año 1982, la que consolidó este modelo basado en la igualdad de oportunidades.

Cabe destacar que si los derechos de las personas con discapacidad en materia de sanidad, educación o empleo han sido recogidos en leyes de carácter general, no ocurre lo mismo en materia de servicios sociales, donde no existe una normativa de carácter estatal que regule las condiciones básicas de acceso a sus prestaciones. En este sentido, han sido las Comunidades Autónomas las que han promulgado leyes en las que sí se hace referencia al derecho de las personas con discapacidad al acceso a servicios sociales especializados.

- El último **modelo** es el referido a la "**no discriminación**", y posee un carácter de tipo "ambientalista", ya que valora especialmente el tema de la accesibilidad y la eliminación de las barreras en los entornos físicos.

Este modelo ha quedado reflejado en la Ley 63/2003 de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de or-

den social, y en la Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LION-DAU). Para instrumentalizar las directrices de esta última, se elaboraron el I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012 y el II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007.

En diciembre del año 2006, y según las líneas establecidas por el Libro Blanco de la Dependencia, salió a la luz la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, conocida como Ley de Dependencia, que se circunscribe dentro de un contexto más amplio, el del Sistema Nacional de Dependencia.

El Sistema Nacional de Dependencia se constituye con el fin de promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia en todo el territorio del Estado, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias. El Sistema se configura como una red de utilización pública, diversificada, que integra de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados, debidamente acreditados.

Este sistema, como se ha comentado, se formalizó a través de una nueva ley que define la existencia de un nuevo principio que reconoce el derecho de las personas que no pueden valerse por sí mismas a ser atendidas por el Estado. Esta ley se inspira en unos principios, que son:

- El carácter universal y público de las prestaciones. Todas las personas en situación de dependencia, sea cual sea su edad y el origen de la dependencia y situación social, podrán acceder a las prestaciones del sistema en las condiciones y con los requisitos que se establezcan. Además, las prestaciones serán de carácter público con independencia de las formas de financiación que adopte la gestión concreta de cada prestación.
- El acceso a las prestaciones será en condiciones de igualdad, sea cual sea su lugar de residencia, aunque las administraciones autonómicas y locales podrán, con cargo a

sus presupuestos, ampliar o mejorar las condiciones básicas. La Ley de Dependencia tiene carácter de normativa estatal y, por tanto, de mínimos garantizados.

- La participación de todas las Administraciones en el ejercicio de sus competencias.

Entre otras cuestiones, la Ley establece los servicios a los que tienen derecho las personas en situación de dependencia y que, a grandes rasgos, son:

- Servicios para la promoción de la autonomía personal:
 - Prevención de las situaciones de dependencia.
 - Teleasistencia
 - Ayudas técnicas para la autonomía personal
 - Ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar
 - Asistencia Personalizada
- Servicios de atención y cuidado:
 - Servicio de ayuda a domicilio
 - Atención de las necesidades del hogar
 - Cuidados personales
 - Servicio de atención en Centros de Día y de Noche:
 - Centros de Día para mayores.
 - Centros de atención diurna para menores de 65 años.
 - Centros de atención especializada.
 - Servicio de atención en centro residencial:
 - Residencias de personas mayores dependientes.
 - Centros de atención a dependientes con discapacidad.

Para concluir, resulta interesante añadir que a finales del año 2007, España ha ratificado su adhesión a la Convención de Naciones Unidas sobre las Personas con Discapacidad, la cual va a tener un impacto directo en la revisión de la normativa estatal para exigir un marco jurídico más favorable para las personas con discapacidad.

En conclusión, a la vista del análisis de los modelos de atención a personas dependientes, podría decirse que en España se está evolucionando de un modelo de cuidado informal y asistencial a un modelo de cuidado formal basado en la no discriminación y donde la aprobación de la Ley de Dependencia ha significado un hito social. Sin embargo, la puesta

en marcha de esta ley está siendo gradual y parcial, y por ahora no es posible evaluar sus primeros resultados.

Esto significa que el modelo de cuidados formales convive con el altamente extendido modelo de cuidados informales a personas dependientes, al que se añade el cuidado tradicional de hijos menores a cargo de los progenitores, como se verá a continuación.

5.2. Cómo se cuida informalmente

En el caso de las ayudas de tipo informal también existen diferentes tipologías de cuidados, algunas más extensas y otras más reducidas, aunque tal vez sea más provechoso enfocar la definición hacia aquéllas en la que se categorizan y detallan más cada tipo de cuidado para llegar a un conocimiento y, por lo tanto, a una cuantificación más exacta de las ayudas informales ofrecidas y sus posibles costes.

A continuación se exponen aquellas formas de ayuda que se incluyen en los documentos, informes y/o estudios considerados más rigurosos.

Así, el **Libro Blanco de la Dependencia** define los cuidados de manera más genérica:

- Actividades instrumentales: Tareas domésticas (limpiar, planchar ...)
- Otras actividades instrumentales (salir a la calle, compras, médico...)
- Cuidados personales (bañar, vestir, comer...)

La **Ley de Dependencia** de reciente aprobación, ya comentada, no define de forma rigurosa el tipo de cuidados, pero de alguna manera sí incluye tácitamente todas las atenciones necesarias para lograr la máxima autonomía de las personas con dependencia y el apoyo que requieren para poder realizar las llamadas “actividades básicas de la vida diaria” (ABVD).

El IMSERSO (2005) (17) detalla más cada forma de cuidado y cada ayuda concreta. De esta manera, se incluyen estas tareas de asistencia, y por orden según se realizan de forma más frecuente:

TABLA 11
TIPOS DE ASISTENCIAS INFORMALES

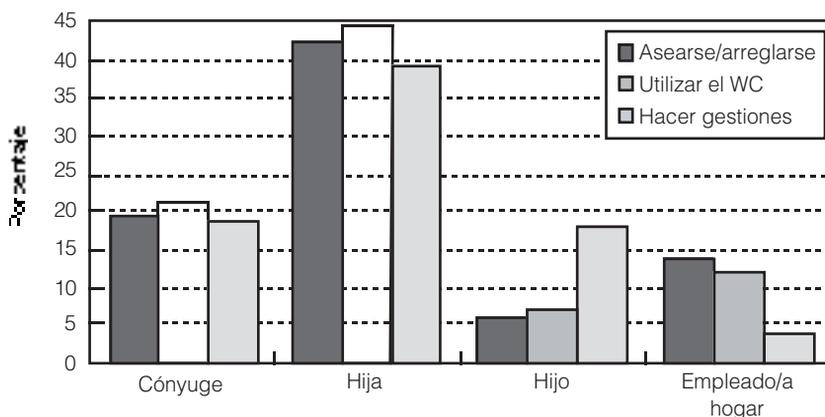
1º	Hacer gestiones	8º	Preparar comida	15º	Tomar medicación
2º	Ir al médico	9º	Utilizar transporte público	16º	Administrar dinero
3º	Hacer compras	10º	Salir a la calle	17º	Abrocharse zapatos
4º	Hacer tareas domésticas	11º	Bañarse/ ducharse	18º	Asearse/ arreglarse
5º	Vestirse/ desvestirse	12º	Usar teléfono	19º	Acostarse/ levantarse
6º	Usar baño a tiempo	13º	Moverse	20º	Andar por la casa
7º	Cambiar pañales por incontinencia urinaria	14º	Cambiar pañales por incontinencia fecal	21º	Comer

[Fuente: "Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar" IMSERSO.. 2005]

De forma general, se puede considerar que todas ellas son las necesidades que deben cubrir las personas con dependencia en su día a día y, a su vez, son las ayudas que las y los cuidadores dispensan.

Finalmente, el IMSERSO (2007) (18) indica que el análisis de los distintos tipos de actividades para las que se prestan apoyo valora los roles de género como factor operante. Así, el cónyuge –y normalmente la mujer- realiza las actividades de cuidado más cercanas a la intimidad de la persona dependiente definidas como “básicas”, como asearse, comer, usar el WC, vestirse ... Y, sin embargo, el hijo – además, hombre- suele estar presente más en actividades como hacer gestiones, administrar el dinero, ir al médico, etc., es decir, actividades “instrumentales”.

GRÁFICO 2
 PORCENTAJE DE DEDICACIÓN DE LA PERSONA QUE CUIDA SEGÚN LA NATURALEZA DE
 ALGUNOS TIPOS DE TAREAS



[Fuente: Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores, IMSERSO-CIS, 2006]

Para terminar este epígrafe se añaden algunas otras características del cuidado con información procedente de la EDDDES (1999), si bien no se dispone de datos desagregados por sexo.

Así, en lo que se refiere a la estabilidad del tiempo del cuidado se establece lo siguiente:

TABLA 12
 FRECUENCIA/ DEDICACIÓN AL CUIDADO

Frecuencia/Dedicación al cuidado

Permanente	77,2%
Por periodos fijos	10,4%
Por temporadas	9,4%
En los periodos en los que lo necesita	0,9%

[Fuente: EDDDES, 1999]

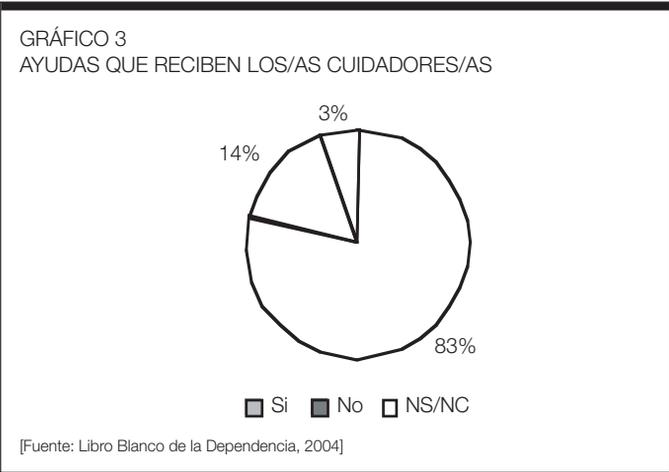
Se observa que existe una gran distancia entre la elección de “permanente” que se encuentra en primer lugar, y la segunda opción –“por periodos fijos”–.

Otros datos corroboran la dificultad de compaginar estas tareas no remuneradas con el empleo:

TABLA 13 FRECUENCIA / DEDICACIÓN AL CUIDADO	
Compatibilidad de la actividad del cuidado con trabajo remunerado	26%
[Fuente: EDDDES, 1999]	

Sólo un 26% de las personas cuidadoras posee un trabajo remunerado al margen de su dedicación al cuidado informal de sus familiares dependientes.

Otra variable a tener en cuenta cuando se estudia cómo cuidan estos cuidadores y cuidadoras informales es si reciben ayudas y de dónde proceden las ayudas que reciben.



Se observa que más de un 83% reconoce no recibir ningún tipo de ayuda formal, frente a un 14% que dice sí recibirla.

En cuanto al tipo de ayuda que reciben, la tabla 14 indica desde qué instituciones o personas se pueden recibir estas ayudas; en la mayoría de los casos es por parte de un empleado del hogar, (teniendo en cuenta que casi la totalidad manifiestan no recibir ayuda ninguna).

TABLA 14
 AYUDAS QUE RECIBEN LAS PERSONAS CUIDADORAS
 INFORMALES

Ayudas que reciben

Ninguna	83,5%
Empleado de hogar	7,0%
Ayuntamiento	5,2%
Asociaciones, ONG	1,2%
CCAA	0,8%
Empresas privadas	0,4%
Centro de día, residencias	0,3%
Diputación	0,1%
Ns/Nc	2,9%

[Fuente: EDDDES, (INE) 1999]

Una vez definidos varios aspectos de lo que significa el cuidado, en el siguiente capítulo se profundizará en **quién cuida** –aspecto central del estudio– a partir de un exhaustivo análisis documental y estadístico, y de la información extraída de las entrevistas en profundidad realizadas a un grupo de mujeres cuidadoras formales e informales.

Notas

- (1) Díaz Jiménez, Rosa M^a (2006), en “Visibilizando a las mujeres en los contextos de dependencia”, Revista Comunicación e Ciudadanía. Pág. 28
- (2) INE(2004): Proyecciones de población realizadas a partir del Censo de 2001.Año. Pág. 29
- (3) Banco de España (2008): “Situación actual y perspectivas de evolución de la población en España”. Boletín Económico, mes de febrero. Pág. 30
- (4) “Envejecimiento y Dependencia (2006): una mirada al panorama futuro de la población española” Mondial Assistance. Pág. 30
- (5) Forster, Margaret (1994): Los hombres primero, Ediciones B. Barcelona. Pág. 31
- (6) Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Pekín). Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Reunida en Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995. Pág. 31
- (7) “Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”. (Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Artículo 2). Pág. 32
- (8) Rodríguez Rodríguez, Pilar (2004): “El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencias. Una visión desde el análisis de género”, en Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar. Forum de Política Feminista. Madrid. Pág. 32
- (9) Se entrevistó a 861 personas cuidadores/as informales y 105 profesionales por cuenta propia. Pág. 32
- (10) IMSERSO, (2005): Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar. Pág. 32
- (11) Como se verá en su momento, en la cuantificación económica de los cuidados informales se utilizará del cuidado de los niños/as como categoría de cuidado, con independencia de su edad, dado que las Encuestas de Uso de Tiempo no discriminan por la edad del niño/a. Pág. 36
- (12) Durán, María Ángeles y García Díez, Susana (2005): “Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania”. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. Observatorio de Personas Mayores. Pág. 39
- (13) Instituto Andaluz de Estadística (2005): “Andalucía, dependencia y redes familiares”. Pág. 39
- (14) En la Encuesta Nacional de Salud, del Instituto Nacional de Estadística. 2006. Pág. 41

(15) Observatorio de Personas Mayores, (2007): "Percepción del estado de salud: indicador predictivo de necesidades asistenciales y para la organización de programas" IMSERSO, en "A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores". Encuesta del año 2006. Pág. 41

(16) IMSERSO (2005): Op. Cit. Pág. 41

(17) IMSERSO (2005): "Cuidado a la dependencia e Inmigración". Cap. 4 "El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la Comunidad de Madrid". Colectivo IOÉ. Pág. 48

(18) IMSERSO (2007). Op. Cit. Pág. 49

*Las mujeres y el
cuidado de personas
dependientes*

.....

IV

.....

1.
Quien cuida.
Introducción al
perfil de las
cuidadoras

Una vez definido el cuidado a través del recorrido por aspectos tales como las actividades que conlleva, las causas por las que las personas deciden implicarse en el cuidado de otros, etc., en este capítulo se va a profundizar en el perfil de las mujeres que se dedican al cuidado informal, que supone el punto esencial de este estudio.

Será después de esta delimitación del perfil y de la cuantificación de estas mujeres que ofrecen sus cuidados de manera “no remunerada” (es decir, informal) cuando se podrá abordar en el siguiente capítulo una aproximación a la valoración económica que supone todo ese trabajo de cuidado que, en casi el total de los casos, se proporciona de manera gratuita sustentado en el principio de “solidaridad interfamiliar”.

Además, al inicio del presente capítulo también se ofrece una panorámica de las mujeres que se dedican al cuidado de forma profesionalizada, normalmente en el ámbito sanitario, para poder presentar una perspectiva global sobre el binomio mujer y cuidado que también permita comparar la presencia de mujeres cuidadoras en las dos esferas del cuidado.

El presente análisis del perfil de las mujeres cuidadoras se ha realizado teniendo en cuenta la bibliografía consultada y las fuentes documentales y estadísticas pertinentes, y se completará con la consulta a un grupo de mujeres cuidadoras formales e informales mediante la metodología de la entrevista en profundidad, como ya se ha descrito en el apartado correspondiente.

De esta forma, y mediante la combinación de estas diversas técnicas de recogida de información, se consigue afinar en el patrón de mujer cuidadora que hoy predomina, analizando variables como:

- Su edad
- Su situación familiar /estado civil
- Su formación/ nivel de estudios
- Su trabajo y trayectoria profesional

A continuación se ahonda en estos dos modelos de cuidado –formal e informal– y de mujeres que los desempeñan a través del análisis de estas variables y otras cuestiones.

2.1. El cuidado formal profesionalizado a través del Sistema Nacional de Dependencia

Según el *Libro Blanco de la Dependencia*, los cuidadores profesionales son “aquellos que desde la formación han obtenido una titulación específica que les capacita para desarrollar las intervenciones fundamentadas en el desarrollo de la autonomía funcional de la vida cotidiana, desde la estimulación de las capacidades mantenidas y desde la intervención asistencial cuando sea necesaria, o desde la atención directa más básica”.

Para conocer la realidad de los cuidados desde una perspectiva formal, es decir, las personas que se dedican de manera profesional y remunerada al cuidado de personas dependientes, el primer paso consiste en delimitar esas profesiones que pueden considerarse como relativas a los cuidados.

Como señalan Aragón et al. (2007) (19), el problema se sitúa en la determinación y concreción de los profesionales requeridos, sus cometidos y la formación que requieren a partir del análisis de las necesidades que las personas dependientes deben cubrir. Para ello, los investigadores acudieron a fuentes como el Instituto Nacional de las Cualificaciones (INCUAL), organismo dependiente del Ministerio de Educación y Ciencia que tiene la responsabilidad de definir, elaborar y mantener actualizado el Catálogo Nacional de las Cualificaciones Profesionales y el correspondiente Catálogo Modular de Formación Profesional. Según el INCUAL, existe una categoría de actividades denominada “Servicios Socioculturales y a la Comunidad”, dentro de la cual hay una serie de profesiones que estarían más relacionadas con los cuidados en el contexto que estamos tratando en este estudio:

SSCO89_2 Atención socio sanitaria a personas en el domicilio
SSC320_2 Atención socio sanitaria a personas dependientes en instituciones sociales
SSC090_3 Educación de habilidades de autonomía personal y social
SSC323_3 Inserción laboral de personas con discapacidad
SSC322_3 Educación infantil

Por otro lado, la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE) incluye también una serie de ramas (3-4 dígitos) y actividades (5 dígitos) que se relacionan con el cuidado:

2. Las cuidadoras formales

851	Actividades sanitarias
8511	Actividades hospitalarias
8512	Actividades médicas
8514	Otras actividades sanitarias
	85141 Actividades sanitarias de profesionales independientes (excepto médicos)
853	Actividades de Servicios Sociales
8531	Actividades de prestación de servicios sociales con alojamiento
	85311 Acogimiento de ancianos con alojamiento
	85312 Acogimiento de personas con minusvalía con alojamiento
	85313 Acogimiento de menores con alojamiento
	85314 Otro acogimiento con alojamiento
	85315 Actividades de servicios sociales a personas con minusvalía
8532	Actividades de prestación de servicios sociales sin alojamiento
	85322 Guarderías
	85323 Actividades de servicios sociales a domicilio
	85325 Otros servicios sociales sin alojamiento

A partir de la identificación de las principales ocupaciones, el equipo de investigadores de la Fundación 1º de Mayo procedió a analizar los principales convenios colectivos afectados y así conocer mejor la situación de estos perfiles laborales. En una nueva investigación de la central sindical CC.OO., Luis Zarapuz (2007) (20) arroja más luz a este respecto.

TABLA 15
PERFIL LABORAL EN EL SECTOR DE DEPENDENCIAS

Actividades sanitarias	Servicios Sociales
73% asalariados son mujeres	85% asalariados son mujeres
27% tasa de temporalidad media	41% tasa de temporalidad media
98% asalariados españoles	92% asalariados españoles
67% asalariados sector público	74% asalariados sector privado
88% asalariados tiempo completo	77% asalariados tiempo completo
63% asalariados estudios superiores	42% asalariados estudios superiores
61% temporales encadenados	57% temporales encadenados
23% enfermeros	25% auxiliares de enfermería
19% auxiliares enfermería	21% trabajadores cuidado personas
17% médicos y odontólogos	8% trabajadores de limpieza

[Fuente: Estudio del empleo en el sector de atención a las personas en situación de dependencia (2007)]

A la vista de estos datos queda patente la prevalencia de mujeres dentro del sector de cuidados formales (un 83% de media), con situaciones de cierta precariedad laboral materializada en elevadas tasas de temporalidad (encadenando diversos contratos de empleo) y trabajo a tiempo parcial. Estas personas tienen diversos niveles de cualificación en función de la actividad, situándose las de más cualificación (un 63% con estudios superiores) en las actividades sanitarias y descendiendo en los servicios sociales (un 42% con titulación superior).

Lo que parece quedar claro, como resultado de la creación de todas las infraestructuras que requiere el Sistema Nacional de Dependencia (SND) o para reforzar o adecuar las ya existentes, es que es necesario contar con más profesionales que ejerzan las tareas correspondientes de atención y cuidado. Es decir, la misma puesta en marcha de la Ley de Dependencia es un foco generador de empleos.

En un estudio de NOVOTEC (2006) (21), relacionado con las necesidades formativas de los profesionales del cuidado, se hace referencia también a estas profesiones que se definen en el SND y en la Ley de Dependencia en su artículo 15 sobre el “catálogo de servicios”. En la tabla que sigue se definen los profesionales del cuidado y las tareas que desempeñan relacionadas con el cuidado.

TABLA 16
OCUPACIONES RELACIONADAS CON EL CUIDADO, SEGÚN EL SND²²

Ocupaciones relacionadas con el cuidado	Catálogo de Servicios del SND	Funciones
Empleado/a del hogar	Servicio de Asistencia a Domicilio -SAD	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia inmediata al usuario en caso de emergencia
Trabajador/a familiar	Servicio de Asistencia a Domicilio-SAD	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el aseo personal de los usuarios que lo requieran. • Ayudar en la ingesta de alimentos • Contribuir a la movilidad y mantenimiento físico y psíquico del usuario • Controlar la medicación prescrita
Oficial de Unidad Móvil (Servicio de Teleasistencia-TAD)	Servicio de Teleasistencia - TAD	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenir a domicilio para prestar apoyo personal ante sucesos como emergencias sanitarias, caídas, emergencias sociales, crisis de soledad o angustia, averías urgentes... • Realizar las tareas manuales de apoyo al usuario en su movilidad derivadas de las necesidades de actuación que requiera la situación particular objeto del aviso
ATS-DUE	Servicios residenciales Servicios de Centros de día y de noche	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar a las personas, considerando sus aspectos físicos psicológicos y sociales. • Controlar la higiene personal de los residentes y alimentos que éstos tengan en las habitaciones. • Controlar la administración de la medicación prescrita por el médico. • Educar, guiar, facilitar, apoyar la salud, el bienestar, el confort y la seguridad de los residentes.
Auxiliar de enfermería	Servicios residenciales Servicios de Centros de día y de noche	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar, asear y realizar la higiene de los residentes en función de sus necesidades. • Movilizar a los residentes que lo requieran. • Ayudar a la deambulaci3n. • Preparar y administrar medicamentos por vía oral, rectal y t3pica. • Apoyar la ingesta en los pacientes que lo requieran.

[Fuente: Elaboraci3n propia a partir de informaci3n de "Estudio de las Necesidades Formativas de los Profesionales que prestan servicios de atenci3n a la dependencia", NOVOTEC. 2006]

En cuanto al acercamiento a las profesiones y el número de profesionales puede adelantarse que gracias al *Libro Blanco de la Dependencia* se dispone de una proyección de futuro sobre lo que estas ocupaciones relacionadas con el cuidado pueden suponer. Así, esta tabla lo muestra:

TABLA 17
ESTIMACIÓN DEL POTENCIAL DE GENERACIÓN NETA DE EMPLEO DEL SND.
(EMPLEOS JORNADA COMPLETA). ESPAÑA, 2010

	Generación bruta de empleo	Estimación empleo actual	Generación neta de empleo
— Recursos formales:	352.235	88.500	262.735
• Residencia	172.120	60.000	112.120
• Centro de día	30.911	10.500	20.411
• Ayuda a domicilio	129.527	18.000	111.527
• Asistente personal	10.614	-	10.614
— Teleasistencia	9.065	1.000	8.065

[Fuente: Libro Blanco de la Dependencia, 2005]

En cuanto al perfil de empleos (hablamos de **empleo directo**) que, según el Libro Blanco, podrán generarse, se puede establecer la siguiente tipología:

- Cuidados y atención personal más directa relacionada con la geriatría, la discapacidad o la enfermería.
- Hostelería en establecimientos residenciales y centros de día como camareros, limpiadores, personal de cocina y lavandería.
- Tareas de mantenimiento técnico de los centros y servicios, personal de transporte, vigilantes, ordenanzas, etc.
- Empleos de mayor especialización: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, personal de enfermería, animadores, etc.
- Tareas de gestión y administración de los centros y programas.

Como se ha comentado, la puesta en marcha del Sistema Nacional de Dependencia supone la creación y adaptación de infraestructuras, que significa la generación de un **segundo grupo de empleo directo**, por ejemplo en la construcción de

instalaciones y otro tipo de servicios dedicados al equipamiento, etc. En el *Libro Blanco de la Dependencia* se barajan unos 20.000 nuevos puestos de trabajo más creados a partir de este tipo de empleo.

Además, seguirá siendo necesaria la atención por parte de los servicios del SND a las personas que no cumplan exactamente los requisitos para poder participar de las prestaciones que ofrece el Sistema (alcanzar un 33% de discapacidad certificada) pero que cuentan con una situación de dependencia mínima para la que necesitan ayuda. Es decir, la ayuda de “baja intensidad” para personas con dependencia leve o moderada, que también puede considerarse como “empleo directo”. En este sentido, la ayuda a domicilio o el servicio de teleasistencia podrá generar un empleo de unos 50.000 puestos de trabajo para el año 2010, según el Libro Blanco.

Paralelamente, también se irá creando **empleo indirecto**: empresas proveedoras de productos alimenticios, de material fungible relacionado con la actividad hotelera, de material vinculado a actividades de rehabilitación o de mantenimiento físico o psíquico, de ayudas técnicas, de productos referidos al cuidado de la salud, etc. Ahí el *Libro Blanco de la Dependencia* calcula para el año 2010 unos 40.000 puestos de trabajo generados a partir del empleo indirecto.

Por otro lado hay que tener en cuenta de manera especial el importante volumen de **empleo sumergido** que existe en materia de cuidados. No se dispone de datos oficiales, pero el *Libro Blanco de la Dependencia* asegura que el volumen es importante, y el CEET (2005) (23) indica que en los años noventa del siglo XX el empleo irregular suponía el 18% del empleo total. El peso de ese empleo sumergido recae especialmente en las mujeres, y en el 2002 existían 522.700 trabajadoras en situación de irregularidad laboral, lo que suponía el 17% de las mujeres ocupadas totales en el conjunto de sectores de actividad económica. Se considera que la nueva Ley de Dependencia incentiva la afloración de ese empleo sumergido, y se estima un volumen de empleo cercano a los 80.000 nuevos puestos de trabajo surgidos de dicha afloración, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de los incluidos en este grupo son inmigrantes (un 45%, según dicho estudio).

Siguiendo con la tendencia de la feminización del empleo sumergido, igualmente muchos de esos inmigrantes que trabajan en el empleo sumergido son mujeres (un 89% de los casos) que suelen dedicarse al servicio doméstico (en un 47,5% de los casos). Estas mujeres tienen alrededor de 29 años, son solteras, no tienen hijos, y poseen un nivel educativo intermedio.

Otro perfil de mujer que suele acceder al empleo sumergido es, precisamente, el que tiene personas familiares dependientes a su cargo. Su nacionalidad es mayoritariamente española y tiene alrededor de unos 39 años, con estudios primarios o inferiores. Suelen dedicarse en un 49% de los casos a las tareas domésticas, ya que la flexibilidad de horarios que ofrece este sector les permite dedicarse al cuidado de sus dependientes; en cuanto a su trayectoria profesional cabe señalar que el número medio de años que llevan trabajando es próximo a los 13, y además el 51% de ellas lleva más de tres años en su trabajo actual (normalmente relativo al servicio doméstico, como hemos visto).

Así pues, la característica que define a estas mujeres que desempeñan cuidados remunerados no profesionalizados es que se acercan al mercado laboral con un fuerte condicionamiento: su tarea de cuidadora informal de personas en situación de dependencia.

Si se compara el perfil de estas mujeres que acceden al mercado irregular y que a la vez cuidan a familiares dependientes, con el modelo general de mujeres que cuidan y que normalmente no tienen ocupación laboral remunerada (que se definirá en el próximo epígrafe), existen algunas diferencias. En concreto, estas mujeres trabajadoras del empleo sumergido son más jóvenes (39 años) que las segundas, que rondan los 50 años; además poseen una trayectoria laboral más amplia en comparación con el patrón general de mujer cuidadora informal, que no suele tener ocupación profesional remunerada y tampoco la ha tenido. **Así, parece ser que las mujeres cuidadoras que aún están en edad de trabajar optan por el empleo sumergido como vía para entrar en el mercado laboral, ya que los horarios flexibles suelen permitirles realizar las tareas de cuidado a sus dependientes.** Además, estas mujeres trabajan mayoritariamente en el servicio doméstico y los ingresos de su trabajo suponen un so-

porte esencial de la renta de la familia. Los ingresos que estas mujeres perciben de su trabajo son algo inferiores a los del conjunto de la población femenina en situación laboral irregular porque trabajan menos horas; así, en este grupo, el 63% de las mujeres percibe menos de 300 euros al mes, mientras que en el conjunto el número total de mujeres que ganan esa cifra es del 49%.

La siguiente tabla sirve como resumen del número de puestos de trabajo de cuidado formal que podrían crearse (contemplando tanto el empleo neto, como el inducido y el indirecto) a partir de la implantación del SND.

TABLA 18
RESUMEN DE GENERACIÓN DE EMPLEO A PARTIR DE LA IMPLANTACIÓN DEL SND.
ESPAÑA- 2005-2010

Previsión de creación de empleo a través del Sistema Nacional de Dependencia	Número de empleos equivalentes a jornada completa
Previsión de generación neta de empleo directo.	262.735
Estimación de la generación de empleo inducido en la construcción, adaptación y equipamiento de nuevos recursos.	20.000
Estimación de la generación de empleo directo (proveedores de centros y servicios).	40.000
Estimación del surgimiento de empleo sumergido	80.000
Potencial de generación de empleo en la atención a las personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria.	50.000
Estimación de la generación de empleo derivada de la implantación del SND.	452.735
Cuidadores/as familiares que podrían incorporarse al mercado laboral	115.000
Otros efectos potenciales sobre la tasa de actividad.	115.000

[Fuente: Libro Blanco de la Dependencia, 2004]

En un estudio del IMSERSO (2006) (24) se hace referencia también al empleo que podría generarse con la implantación del SND. Se trata de una valoración que a partir de datos del propio Libro Blanco de la Dependencia elabora otras estimaciones referentes a la creación de empleo.

TABLA 19
CREACIÓN DE EMPLEO POR LA INTRODUCCIÓN DEL SND

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Empleo necesario	301.264	311.458	321.653	331.847	342.041	352.235
Empleo neto potencial	211.764	221.958	232.153	242.347	252.541	262.735
Ejecución del potencial (%)	5,0	25,0	45,0	70,0	90,0	100
Creación de Empleo (SND)	10.588	55.490	104.469	169.643	227.287	262.735

[Fuente: Libro Blanco de la Dependencia y "El SND. Evaluación de sus efectos sobre el empleo" 2006]

Según esta tabla, y si nos centramos en la evolución temporal desde este año 2008 hasta el 2010, se observa que en esos años la diferencia entre el "empleo necesitado" y el "empleo neto potencial" se mantiene invariable en 89.500 puestos de trabajo sin ocupar (y, que es "necesario ocupar").

Una vez detectadas las profesiones más relacionadas con el cuidado de personas en situación de dependencia, resulta algo más complicado conocer cuál es la presencia de mujeres entre estos profesionales. Esta es la misión del capítulo V de este Informe.

2.2. Posibles efectos sociales de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia.

En el cuidado formal también tienen un cierto protagonismo las mujeres. De cara a las proyecciones de empleo de futuro en el SND convergen dos realidades y es que, tal vez, la necesidad de profesionales y el hecho de que las profesiones destinadas al cuidado sean mayoritariamente femeninas se traduzca en más mujeres que opten a la cobertura de esos nuevos puestos de trabajo relacionados con el cuidado, y se refuerce así la predisposición histórica que convierte a las mujeres en protagonistas del cuidado formal.

De esta forma, en la publicación de Aragón et al. (2007) (25), se destacan las posibles consecuencias negativas que puede conllevar dejar exclusivamente en manos del mercado la expansión de estas actividades, ya que la tendencia habitual es

que estos empleos de baja calidad provoquen una segregación extrema por sexos. Así pues, conviene encontrar un equilibrio o tener en cuenta este punto de vista y, aunque no hay que negar el efecto positivo que tiene el desarrollo del SND como generador de nuevos yacimientos de empleo formal, también es cierto que no se debe obviar este posible efecto encubierto por el que se sigan reproduciendo los estereotipos tradicionales.

Además, la progresiva regularización del cuidado informal previsiblemente sacará a la luz un número importante de empleo sumergido sin contrato ni cobertura social relativo a personas cuidadoras –especialmente mujeres–, ya que el SND plantea medidas que, precisamente, incentivan esa legalización de los cuidados.

Por otro lado, en el Sistema se ofrecen ayudas económicas a las personas cuidadoras convirtiendo la actividad del cuidado en una tarea remunerada; esto es, en otro empleo más. Así, un número importante de familiares podrán pasar a ser usuarios de recursos, servicios y programas formales. Todo ello permitirá, supuestamente, que muchas personas (que han tenido que renunciar a sus carreras profesionales para cuidar a su familiar) puedan incorporarse al mercado laboral regularizado mediante esta fórmula y contar con ingresos de forma habitual. El Libro Blanco calcula que en el año 2010 unos 115.000 cuidadores familiares ingresarán en el mercado laboral. Si recordamos que casi un 84% de estos cuidadores familiares son mujeres, entonces estaríamos hablando de una posibilidad de empleo remunerado para cerca de 97.000 cuidadoras.

Así, los efectos económicos del Sistema Nacional de Dependencia llevan pareja toda una serie de consecuencias sociales que vienen a incidir, especialmente, en uno de los efectos más negativos del cuidado informal: los cuidadores informales ahora verían recompensado su esfuerzo a través de un salario, y tal vez esto pueda repercutir en que se incremente el número de cuidadores al poder ganarse la vida con esta actividad del cuidado ya profesionalizada y considerada como un trabajo más.

Aún así, hay que incluir un matiz no tan optimista que esta medida de profesionalización del cuidado puede originar, y

es que se fomente y se sigan perpetuando pautas por sexo en cuanto a la división del trabajo y en concreto en cuanto al cuidado, ya que indirectamente se fomenta que sean las mujeres las que pasen de ser cuidadoras informales a cuidadoras formales, institucionalizando así su rol. A pesar de esta apreciación, y como también se ha insistido antes, la oportunidad real que esta regularización ofrece a las mujeres que cuidan es un hecho sin precedentes que parece tener más consecuencias positivas que contraproducentes para el desarrollo personal e individual de este colectivo de mujeres.

En esta línea, es fundamental que las políticas públicas de empleo y formación busquen un mayor equilibrio entre los sexos, y que los servicios asistenciales se organicen y gestionen desde la perspectiva de la discriminación positiva hacia el sexo menos representado. Este sería un primer paso para paliar las diferencias por sexo en materia de cuidado; desarrollar estrategias desde la discriminación positiva como herramienta para alcanzar la igualdad de oportunidades que a medida que den resultado vayan siendo cada vez más innecesarias (26).

2.3 La profesionalización del cuidado formal. Necesidades formativas

Ante esta situación generada por el desarrollo formal de un Sistema Nacional de Dependencia y la necesidad de profesionales especializados para cubrir esos puestos de trabajo, cabe plantearse la formación y las necesidades formativas de esos y esas profesionales.

En el estudio de NOVOTEC (27) (2006) ya citado, se analizan los perfiles profesionales relacionados con el cuidado de personas dependientes y la formación existente en el Sistema Educativo Español y relacionada con ese puesto de trabajo a través de:

- La formación reglada; títulos oficiales obtenidos mediante licenciatura, diplomatura o Formación Profesional.
- La formación no reglada ocupacional y los correspondientes Certificados de Profesionalidad.
- Las cualificaciones procedentes del Catálogo Nacional de Cualificaciones.

Según este estudio, las diferencias encontradas entre la formación impartida actualmente para acceder a los puestos establecidos (si es que existe), y las competencias definidas, originan las nuevas necesidades formativas. Todo ello teniendo en cuenta las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia marcadas por la Ley.

Esas necesidades formativas se han recogido en forma de fichas (ver anexo 4 del presente estudio). En ellas, para cada uno de los tipos de servicios y por cada uno de los profesionales participantes en ellos, se han ido describiendo las posibles vías actuales para la adquisición de las competencias necesarias para desempeñar su trabajo teniendo en cuenta la formación existente y los niveles de cualificación correspondiente. Igualmente, se describen las necesidades formativas generadas por su carácter específico y asociadas a las actividades de carácter técnico que tienen que desarrollar estos profesionales, así como las de carácter transversal, denominadas así ya que, o son comunes a todos los puestos de la organización o bien comparten la formación descrita con otros profesionales de otros servicios con igual nivel de cualificación.

2.4 Las cuidadoras formales. Análisis de las entrevistas en profundidad

Además de la información obtenida del análisis documental, las entrevistas en profundidad realizadas a cinco cuidadoras formales/profesionales sirven para completar este apartado en el que tratamos de acercar la realidad del cuidado de manera formal y de las personas que lo ejercen.

En la siguiente tabla se resumen los perfiles de las mujeres entrevistadas:

TABLA 20
PERFILES DE LAS CUIDADORAS FORMALES ENTREVISTADAS

	Edad	País de origen	Profesión	Formación	Estado civil/situación familiar	¿Es/ha sido cuidadora informal?
1	22	España	Enfermera en Hospital Público	Diplomatura en Enfermería	Soltera	No
2	51	España	Auxiliar de enfermería en Centro en Psiquiátrico	Auxiliar de Enfermería	Divorciada	No
3	27	España	Cuidadora en Centro personas con discapacidad	Animación sociocultural	Soltera	No
4	54	España	Enfermera en Centro de Salud	Diplomatura en Enfermería	Viuda	No
5	22	España	Enfermera en Hospital Público	Diplomatura en Enfermería	Soltera	Si

[Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo]

Como se observa en la tabla, según el resultado de las entrevistas llevadas a cabo, el perfil predominante de estas mujeres es el de enfermera que desempeña su profesión en instituciones públicas o financiadas en parte con presupuesto público proporcionando cuidados (no sanitarios) a personas dependientes.

En general, todas las entrevistadas afirman que volverían a estudiar la carrera que estudiaron, enfocada hacia la atención sanitaria y los cuidados, pero alguna de ellas reconoce que en la titulación de Diplomatura de Enfermería no se ofrece toda la formación necesaria para poder ejercer plenamente el cuidado de manera completa, y sería necesaria más formación puramente práctica sobre el conocimiento del cuerpo humano, además de asignaturas relativas a la ética del cuidado.

Se considera que la formación continua es fundamental para mantenerse actualizado/a en los continuos avances que se producen en materia de cuidados y atención médica.

“En la empresa privada se pagan cursos de formación para profesionales del cuidado, pero no en el ámbito público. Hace falta más preparación para estos profesionales”.

Dedicarse a los cuidados de forma profesional es una cuestión vocacional o resultado de haber vivido alguna experiencia personal que lo ha propiciado, así que si ellas tuvieran que elegir de nuevo a qué dedicarse volverían a optar por el trabajo que desempeñan, aunque reconocen que está poco valorado socialmente y a las enfermeras se les sigue considerando como “ayudantes de los médicos”.

“Sigue asociándose la Enfermería y el cuidado con las chicas... De hecho, a los enfermeros los pacientes a veces los confunden con médicos por el mero hecho de ser hombres”.

Por contrapartida, económicamente sí es un trabajo bien considerado, pero las condiciones laborales no suelen ser muy óptimas, ya que, por lo general, se trata de contrataciones muy puntuales y a corto plazo.

El carácter vocacional de esta profesión se manifiesta en el hecho de que cuatro de las cinco mujeres entrevistadas cuentan con una trayectoria profesional previa dedicada a la atención y el cuidado de otras personas. Tradicionalmente se ha educado a las mujeres para cuidar y para que se dedicaran a profesiones relacionadas con el cuidado, pero es interesante la apreciación que hace una de las entrevistadas al advertir que cuando el cuidado se ha profesionalizado (lo que significa incluir la remuneración económica) ya hay más hombres que lo ejercen.

En cuanto a cómo les afecta su trabajo en su vida diaria reconocen que es complejo “desconectar” porque tratan con personas y eso supone una responsabilidad muy importante, y la implicación que se crea con los pacientes significa mucho desgaste físico y emocional. Toda esta implicación vocacional se traduce en que las entrevistadas consideren el cuidado algo más que la ayuda en las tareas básicas de supervivencia, y creen que cuidar implica tener en cuenta todo el contexto personal del o de la dependiente (la propia familia) y atender, también, sus necesidades afectivas. Todo ello re-

quiere una personalización de los cuidados, ya que no todas las personas en situación de dependencia cuentan con iguales necesidades que subsanar y tampoco viven la misma situación personal. En este sentido, pocas veces los profesionales del cuidado pueden dedicar todo el tiempo que quisieran a los pacientes porque deben atender a varios, y porque las competencias de cada uno de ellos suelen estar muy limitadas y cada profesional tiene asignadas unas tareas muy concretas. En este sentido, señalan que la calidad de los cuidados puede resentirse, ya que se circunscribe a un período y unas actividades de cuidado muy concretas.

Sobre las ayudas institucionales que se ofrecen, consideran que la nueva ley supone un primer paso interesante pero hacen falta más ayudas, más recursos y más personal para poder cuidar a las personas dependientes como lo requieren.

“Que se haga una ley es estupendo, pero no se puede meter a todo el mundo en el mismo saco y hay que estudiar cada caso en concreto”

Además, abogan por un mejor uso de los recursos existentes para optimizar las posibilidades que pueden ofrecer, lo que repercutirá directamente en una mejora de las condiciones de cuidado de las personas dependientes o con falta de autonomía.

Dentro de este grupo de cuidadoras formales, puede hacerse referencia a las profesionales que ejercen como cuidadoras pero no cuentan con una formación específica en cuidados pero los ejercen y reciben una remuneración económica por ello, mencionadas anteriormente.

Aunque no existen cifras oficiales de las personas que podrían ejercer este tipo de cuidado, la realidad muestra que son cada vez más. Por ejemplo, se trataría de mujeres a las que se encomienda el cuidado de hijos, de enfermos, etc. Además, estas mujeres que se dedican a este tipo de cuidado suelen ser de origen inmigrante.

En este tipo de cuidado formal no profesional confluyen dos tipos de necesidades: las necesidades de atención y cuidado de una población dependiente con las necesidades laborales del colectivo inmigrante. De esta forma, se genera un “fenó-

3.
***Otro tipo de
cuidado formal.
Las cuidadoras
de origen
inmigrante:
una realidad
cada vez más
presente***

meno social emergente” que, en principio, proporciona soluciones para ambos colectivos, y son especialmente y como hemos señalado las mujeres inmigrantes quienes, por variables socioeconómicas concretas que se verán más adelante, se convierten en punto de encuentro entre estas dos realidades.

Este fenómeno social cada vez más presente precisa de un acercamiento teórico y de un conocimiento que permita, además de su visibilización, plantear cuestiones fundamentales como los efectos de esa relación entre personas dependientes y sus cuidadoras inmigrantes en la sociedad en general y en esos colectivos en particular, considerar la situación laboral de estas cuidadoras de origen extranjero y otras variables que surgen de la confluencia de dos espacios, en principio, tan distintos.

En este epígrafe se va a hacer una primera aproximación desentrañando el perfil de estos cuidadores y cuidadoras inmigrantes de personas con discapacidad y/o en situación de dependencia o falta de autonomía.

3.1. Perfil de la cuidadora inmigrante

El perfil de las mujeres inmigrantes que se dedican al cuidado de personas en situación de dependencia varía en relación al patrón descrito de cuidadoras formales, y esto es por las circunstancias personales que suelen rodear el contexto laboral y personal de este colectivo.

Así, según el IMSERSO (2005) (28), el modelo de las cuidadoras inmigrantes es el de una mujer entre los 30 y los 39 años, normalmente soltera (sólo un 27% está casada y convive en España con el marido) y sin hijos (son madres únicamente un 35%, y sus hijos e hijas residen en su mayoría en el país de origen). Se trata de una inmigración reciente (sólo el 8% llegaron antes de 1990) que tiene la intención de volver a su país de origen. Más de la mitad cuentan con permiso de residencia y entre las que no cuentan con documentación legal la mayoría ha comenzado los trámites para regularizar su situación en nuestro país.

En cuanto a su nivel de estudios, las cifras indican que un 30% posee estudios superiores terminados y un 23% ha realizado algún curso en España de cualificación profesional,

aunque esta formación no haya tenido demasiada incidencia en su inserción laboral.

Sobre su itinerario laboral, casi la mitad comenzó a trabajar antes de los 20 años, aunque su inicio en el servicio doméstico comenzó a una edad más avanzada, entre los 20 y los 35 años. Así, quienes comenzaron a trabajar más jóvenes tienen experiencia en otras ramas de la actividad laboral, y las que comenzaron a trabajar a edad más avanzada no tienen otra experiencia que el servicio doméstico, en el que algo más de la mitad de estas mujeres no tiene contrato de trabajo escrito. El motivo para elegir las tareas de cuidado— al que accedieron a través del “boca a boca” por familiares, amigos o conocidos— suele relacionarse con la falta de otras oportunidades alternativas, como la imposibilidad para encontrar o acceder a otro tipo de trabajo.

Estos pueden ser algunos de los rasgos que conforman la figura de la persona inmigrante dedicada a los cuidados de otras personas dependientes necesitadas de ayuda. Para completar este modelo de cuidadora inmigrante propuesto en la diversa documentación analizada, se incluyeron casos en profundidad de dos mujeres cuidadoras inmigrantes.

3.2 Mujeres inmigrantes que cuidan a otras personas. Análisis de las entrevistas

A continuación se muestra una tabla con el perfil de las mujeres inmigrantes que fueron entrevistadas:

TABLA 21
PERFIL DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES ENTREVISTADAS

	Categoría	Edad	País de origen	Profesión	Formación	Estado civil/ situación familiar	A quién cuida
1	Formal	34	Ecuador	En su país: Maestra En España: Cuidadora	Hasta 6º Bachiller en su país	Casada con una hija	A una niña pequeña
2	Formal	29	Perú	Cuidadora	Empezó la carrera de Derecho	Soltera -en pareja- con una hija	A una niña pequeña

[Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo]

Sin ánimo de establecer mayor comparación, por responder a dos metodologías distintas, y teniendo en cuenta que el trabajo de campo cualitativo en este estudio comprende una muestra reducida, si se comparan las variables analizadas (edad, trayectoria personal/familiar y trayectoria laboral) existen coincidencias pero también divergencias con el patrón general de la cuidadora inmigrante definido en la bibliografía. Así, la edad de las mujeres entrevistadas coincide con la franja mayoritaria de las cuidadoras inmigrantes consideradas en las fuentes secundarias; también existe coincidencia en los años que llevan en España y en el motivo de su llegada, pero en los dos casos concretos analizados en este estudio la tendencia es a quedarse en nuestro país. La situación familiar también es bastante diferente, ya que las dos mujeres entrevistadas tienen pareja e hijas, mientras que el modelo de cuidadora inmigrante definido en los estudios revisados suele ser soltera y sin hijos o hijas.

Las dos entrevistadas cuidan a niñas pequeñas pero cuentan con experiencia en el cuidado de personas mayores; una de ellas ya cuidó en su país de origen a personas ancianas y la otra ejerció como cuidadora de personas mayores ya en España. Así, la primera comenzó cuidando en su país de origen, y la segunda se inició en el cuidado en nuestro país.

“No tiene nada que ver cuidar a una persona mayor que a un niño o una niña... Con la persona mayor te deprimes porque absorbes sus problemas, con el niño o la niña todo es alegría, estás todo el rato entretenida...”

En cuanto a su trayectoria profesional, una de las mujeres entrevistadas trabajó en otro sector en su país (fue maestra, ya que estudió para ello) pero cuando vino a España en busca de mejores oportunidades laborales únicamente pudo optar al trabajo del cuidado. La situación de la otra mujer entrevistada es distinta, ya que fue en su propio país donde comenzó a trabajar como cuidadora al no poder finalizar sus estudios universitarios no relacionados con el cuidado.

“Cuando cuidas a alguien se busca el trato que te dan las familias”

En el caso de estas mujeres, ambas coinciden en el hecho de no considerar como vocacional la tarea del cuidado, ya

que tuvieron que dedicarse a ello por motivos de supervivencia, aunque posteriormente reconocen que la implicación que se establece con la persona cuidada les reporta una satisfacción que les ha empujado a continuar en esta tarea, que consideran un trabajo más, y para ello deciden formarse a través de cursos, para ofrecer calidad en el cuidado que dispensan.

“Hace falta más formación, pero a veces las propias familias no están de acuerdo porque quitas algo de tiempo en el cuidado de la persona ... ”

La actividad del cuidado en la trayectoria laboral de los inmigrantes y el proyecto migratorio.

Como se ha visto a lo largo de este capítulo, la actividad del cuidado incide de manera significativa en las personas que lo ejercen, ya que condiciona su panorama vital en muchos de los ámbitos que lo conforman: laboral, personal, social, etc.

En el caso de las mujeres inmigrantes que se dedican a esta actividad del cuidado de manera informal, es decir, que no se consideran como profesionales del cuidado pero sí reciben una remuneración económica por ello, su experiencia de trabajo en el cuidado se inserta en un escenario laboral muy particular y que a su vez se circunscribe en un contexto personal muy definitorio que suele protagonizar el colectivo de personas inmigrantes.

Así, el cuidado forma parte de un proyecto migratorio que determina la situación de este colectivo y que puede analizarse desde dos perspectivas: considerando el trabajo de cuidador en un momento concreto y puntual de la trayectoria laboral de la persona, es decir, un trabajo que sirve como transición hasta lograr situarse en otro trabajo más relacionado con su interés o su formación, o si se convierte en un trabajo con perspectivas de continuidad, que sí supone una ruptura en la posible trayectoria laboral anterior y posterior de quien lo ejerce. Lo interesante es que todo ello queda circunscrito en ese proyecto vital que se centra principalmente en las posibilidades o deseos de permanencia en el país de acogida o de regreso al país de origen.

Una de las cuidadoras inmigrantes a quienes se entrevistó para este estudio se inició en este trabajo con la idea de que fuera un empleo de transición impuesto por la necesidad de ese “proyecto migratorio”, para poder acceder en un futuro a un trabajo más relacionado con su formación o sus preferencias. Por eso, el comenzar cuidando y seguir con esta labor supone una ruptura con su trayectoria laboral anterior desarrollada en su país de origen (era maestra). La otra mujer entrevistada ejemplifica la continuidad de una profesión como cuidadora que ya comenzó en su país por circunstancias personales concretas.

Según lo visto, es evidente la importancia del empleo para estas personas –en concreto mujeres– dentro de su proyecto vital, ya que muchas veces supone la circunstancia y otras la consecuencia de su decisión de emigrar y de empezar de cero en el país de acogida. Así, el trabajo –y en este caso el trabajo como cuidadora– significa la búsqueda de mejores oportunidades laborales pero también vitales para estas mujeres.

4. Perfil de las cuidadoras informales

“Las ayudas de la familia son terrenos movedizos donde lo afectivo se fusiona con la necesidad”. (29)

Como se indicó con anterioridad, se entiende por personas cuidadoras informales a aquéllas que forman parte de la red social de referencia de la persona dependiente, es decir: amistades, familiares, entidades de voluntariado, etc., dedicadas en una parte de su tiempo a la atención de personas con dificultades importantes para la realización de actividades básicas de la vida diaria.

La opción de cuidar a un familiar de una manera sistemática no está exenta de ciertas consecuencias que pueden compartir elementos positivos y negativos. Así, según algunos autores (Zabalegui et al., 2004) (30) la sobrecarga del cuidador genera estados ansioso-depresivos que se entrelazan e interactúan con afectaciones positivas como el bienestar emocional, el mayor sentido de la vida o la auto-aceptación. Parece que determinadas características personales de los y las cuidadoras influyen en que las consecuencias del cuidado vayan en una u otra dirección. Así, el optimismo vital, el distinto lugar de residencia (cuidar no es igual a convivir) o las actitu-

des religiosas pueden contribuir a que la experiencia del trabajo de cuidados no sea negativa.

De hecho, cada vez es mayor el interés institucional en la figura del cuidador o de la cuidadora y de hecho empieza a disponerse de guías y orientaciones prácticas destinadas a que las y los cuidadores no sólo cuiden, sino que se cuiden mejor (31). Se trata no sólo de informar sobre cómo evitar los trastornos físicos asociados al cuidado (sueño inquieto, cansancio excesivo, lesiones musculares, etc.), sino también sobre cómo apoyar psicológicamente al cuidador o cuidadora con consejos muy claros sobre cómo actuar ante determinadas situaciones.

Por ello se considera de especial interés profundizar en el perfil de estas cuidadoras de personas dependientes. Las variables más características se muestran en la siguiente tabla referida expresamente al cuidado de personas mayores, como ejemplo de colectivo de personas dependientes.

TABLA 22
PERFIL DE LA PERSONA CUIDADORA INFORMAL

	Cuidadores/as* (%)	Población total** (%) (2004)	Diferencial cuidadores/as respecto a pobl. total (%)
Sexo			
Hombres	16,4	49%	-32,6
Mujeres	83,6	51%	+32,6
Edad			
Menos de 20	1,2	4,9	-3,7
De 20 a 29	3,6	18,3	-14,7
De 30 a 39	11,9	20	-8,1
De 40 a 49	23,8	16,9	+6,9
De 50 a 59	28,7	13,9	+14,8
De 60 a 69	15,9	11,8	+4,1
Más de 69	14,9	14,2	+0,7
Edad Media	52,9	46,2	-
Total	100	100	-

TABLA 22 (Cont.)
 PERFIL DE LA PERSONA CUIDADORA INFORMAL

	Cuidadores/as* (%)		Población total** (%) (2004)	Diferencial cuidadores/as respecto a pobl. total (%)	
Situación Civil					
Soltero/a	14,8		30,1	-15,3	
Casado/a	76,2		58,3	+17,9	
Viudo/a	5,1		8,1	-3,0	
Separado/a	2,1		2,2	-0,1	
Divorciado/a	1,5		1,3	+0,2	
No consta	0,3		-	-	
Total	100		100	-	
Estudios					
Sin estudios	17,1		15,9	+1,2	
Primarios	43		23,3	+19,7	
Segundo grado	32,6		46,8	-14,2	
Tercer grado	7,0		14,0	-7,0	
No sabe	0,3		-	-	
Total	100		100	-	
Situación Laboral					
	Cuidadores/as* (%)			Población total** (%) (2004)	Diferencial cuidadores/as respecto a pobl. total (%)
	Promedio	Hombres	Mujeres		
OCUPADO	26,0	31,9	24,9	48,7	-22,7
NO OCUPADO	73,1			51,3	+21,8
Jubilado/ pensionista	20,2	53,7	13,7	21,1	-0,9
Parado habiendo trabajado	7,0	8,9	6,6	6,4	+0,6
Parado buscando primer empleo	0,3	0,0	0,4	1,5	-1,2
Tareas del hogar	44,2	3,6	52,1	14,5	+29,7
Estudiante	1,4	0,8	1,5	6,2	-4,8
No contesta	0,9	1,1	0,8	-	-
Total	100	100	100	100	-

[Fuentes: * IMSERSO/GfK-Emer: Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España (2004). ** INE (2004): Censo de Población y Viviendas, 2001]

En dicha tabla se muestra la comparativa entre las personas cuidadoras y la población total. Las diferencias más significativas se dan en la **variable sexo** donde, a pesar de existir un equilibrio demográfico entre la población total masculina y femenina, la asignación de la tarea de cuidado recae de forma abrumadora sobre el sexo femenino. En la **variable edad**, las personas cuidadoras tienen en su mayoría entre 50 y 59 años, y en cambio, entre la población total el grupo de edad predominante es el que se encuentra entre los 30 y los 39 años; con respecto a la **situación civil**, ambos grupos (el de personas cuidadoras y el de la población total) cuentan con mayor proporción de personas casadas pero destaca el porcentaje más elevado en el caso de los/as cuidadores/as; en referencia a la **formación** la población total dispone, en general, de estudios secundarios, mientras que el colectivo de los/as cuidadores/as suele haber cursado estudios primarios; y finalmente en la **situación laboral** se observa la importante diferencia que existe entre el nivel de ocupación del colectivo de personas cuidadoras y el de la población total.

En definitiva, el perfil general de las cuidadoras actuales suele ser el de una mujer de edad madura, casada, con un nivel de cualificación primaria y que prioritariamente se ocupa en las tareas del hogar.

Existe otra variable que va asociada al perfil de las mujeres cuidadoras informales y es el de su **nivel económico**. Según estudios como el de García Calvente et al (2004), las mujeres dedicadas al cuidado de familiares vulnerables por lo general tienen un nivel económico bajo, lo que es a su vez causa y consecuencia del cuidado. Situaciones económicas más desahogadas permiten compatibilizar el cuidado informal con las prestaciones del cuidado formal (o remunerado), mientras que el hecho de cuidar de forma intensiva a un familiar influye muy directamente en la falta de acceso al empleo o en la pérdida de empleos previos (en el mejor de los casos, el empleo se ve afectado por mayores índices de absentismo o por la ausencia de posibilidad de promoción laboral). Junto a esta reducción de ingresos, hay que añadir los costes que genera el propio cuidado de un tercero (visitas médicas de la persona cuidada, medicinas, favores a otras personas) y los costes que genera la propia desatención de la cuidadora (más dolores musculares, más depresiones, etc.). Este impacto so-

cioeconómico conlleva en muchos casos identificar también a las mujeres cuidadoras como mujeres abnegadas, sobrias y organizadoras de sus limitados recursos.

También resulta muy interesante analizar cuál es la **relación de parentesco** que puede existir entre el o la cuidadora y la persona cuidada. En este ámbito el *Libro Blanco de la Dependencia* ofrece estos datos cuando se trata del cuidado de personas mayores, destacándose como conclusión principal el destacado papel de las hijas en las tareas de cuidado.

TABLA 23
PARENTESCO ENTRE PERSONA CUIDADORA Y PERSONA MAYOR CUIDADA

Relación de parentesco	%
Cuida a su padre/madre	57,2
Cuida a su esposo/a - compañero/a	16,8
Cuida a su suegro/a	10,1
Cuida a su abuelo/ a	5,5
Cuida a su tío/a	3,0
Cuida a su hermano/a	3,0
Otras	2,5
Ns/Nc	1,9

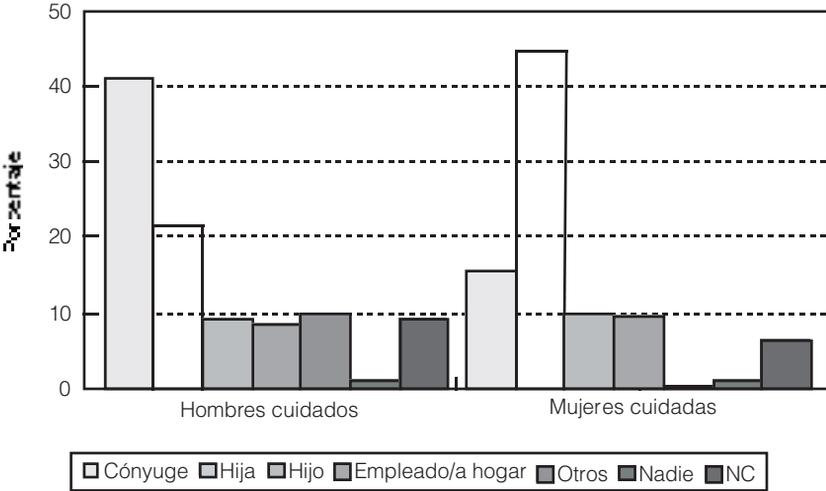
[Fuente: Libro Blanco de la Dependencia, 2004]

Una nueva profundización del IMSERSO (2007) (32) sobre el cuidado específico de personas mayores refleja que las hijas siguen siendo las protagonistas principales del sistema de cuidados en España, éstas aparecen como cuidadoras principales en el 38,8% de los casos, seguidas del cónyuge con un 21,8%, y a más distancia aparecen los hijos varones (10,1%) o la persona empleada del hogar (9,3%).

Cabe destacar que, según la misma fuente, el patrón de cuidado se modifica en función de quién sea la persona con dependencia. Si las personas dependientes son mujeres la importancia de las hijas como cuidadoras aumenta aún más (del 38,8% al 44,2%) y la de los maridos baja (del 21,8% al 15,3%). En el caso de ser los hombres los necesitados de ayuda, las esposas pasan a ocupar el primer lugar (del 21,8% al 41,5%), después las hijas (del 38,8% al 22,7%) y luego los hi-

jos (del 10,1% al 8,5%). La presencia de ambos, como se ve en el gráfico 4.

GRÁFICO 4
 PORCENTAJE DE DEDICACIÓN AL CUIDADO POR PARTE DE PERSONAS QUE CUIDAN
 SEGÚN EL SEXO DE LA PERSONA MAYOR QUE NECESITA AYUDA



[Fuente: IMSERSO-CIS. Encuesta 2006 de condiciones de vida de personas mayores. 2007]

Cuando el cuidado se dispensa a menores de edad no autónomos, el papel de las madres sigue siendo prioritario, pero como veremos más adelante el de las abuelas también tiene un protagonismo especial.

En lo que afecta al cuidado de menores interesa conocer el porcentaje de abuelos y abuelas cuidadores de nietos/as, ya que en el presente estudio se tiene en cuenta también a la población infantil entre 0 y 3 años entre la necesitada de cuidados al considerarse como no autónoma. Así, la Encuesta del IMSERSO (2004) (33) ofrece los siguientes datos:

TABLA 24
ABUELOS/AS CUIDADORES/AS

Cuida a su nieto/a 26,6 %

[Fuente: Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores, IMSERSO, 2004]

4.1 Las cuidadoras informales. Análisis de las entrevistas en profundidad

A continuación, y teniendo en cuenta esta relación cuidador-persona cuidada y las características del perfil de las mujeres cuidadoras antes descrito, se va a analizar la **información obtenida directamente de la entrevista a una pequeña muestra de mujeres** que actualmente cuidan a una persona. Su perfil figura en la tabla siguiente:

TABLA 25
PERFIL DE LAS CUIDADORAS INFORMALES ENTREVISTADAS

	Edad	País de origen	Profesión	Formación	Estado civil	A quien cuida
1	68	España	Ama de casa	Estudios primarios	Divorciada	madre
2	74	España	Ama de casa	Estudios primarios	Casada	nietas
3	54	España	Ama de casa	Estudios primarios	Casada	pareja, madre

[Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas]

Además de conocer su relación con la persona cuidada y diferenciar sus características sociodemográficas (edad, estudios, profesión, situación laboral y situación familiar de las entrevistadas), durante las entrevistas se trató de profundizar en aquellos aspectos que las estadísticas no abordan, y en especial, aquéllos que puedan ayudar a obtener una valoración de lo que significa “cuidar” para estas mujeres con su correlato económico.

De las mismas entrevistas se destaca la invisibilidad de este trabajo cotidiano, casi siempre en la sombra y poco reconocido socialmente, según ellas mismas. Así que, además de re-

sumir las características esenciales de su perfil y compararlas posteriormente con el modelo general de las mujeres cuidadoras informales obtenido de las fuentes secundarias, se va a profundizar en su historia de vida, porque muchas veces ésta y la tarea de cuidado que desempeñan las mujeres corren caminos paralelos. Para ello, se va a ir exponiendo la información obtenida de cada entrevista según la relación de parentesco de la cuidadora con la persona a la que cuida; así, habrá un epígrafe dedicado a las hijas cuidadoras, otro dedicado a las abuelas cuidadoras y otro a las parejas-mujeres cuidadoras, (que son los tres perfiles de mujeres que más cuidan vistos desde la perspectiva del parentesco, según la tabla 23), además de incluir a las madres, que se encargan de los menores de 3 años dependientes y con falta de autonomía considerados también en este estudio.

Se identificarán, también, aquellas situaciones en las que las mujeres han sido cuidadoras de varias personas en distintos momentos de su vida con las que mantenían diferente relación de parentesco. Así por ejemplo, se ha estudiado el caso de una mujer que cuidó a su madre durante los veinte años que estuvo enferma, y ahora cuida a su marido, que posee una enfermedad degenerativa, aunque aún no depende de ella para todo; éste es el ejemplo de mujer cuidadora que ha cuidado a sus familiares en muchos momentos de su vida. Ella ha visto condicionada su vida por el cuidado de los suyos y ha decidido renunciar a muchas cosas para atenderlos. En otro caso, se vivió la misma situación en cuanto al cuidado de la madre enferma varios años; y ahora, se encarga del cuidado de las nietas.

Las hijas

“La hija es el pilar del sistema de cuidados en España” (34)

Como se ha visto en la tabla 23, según la perspectiva de la relación cuidadora-persona cuidada, las hijas son las cuidadoras más habituales en el sistema de atención a los mayores dependientes.

Las entrevistadas han cuidado a sus madres en distintos momentos de su vida. Algunas desde hace años y con una cre-

ciente dedicación ya que conforme sus mayores van cumpliendo años van necesitando cada vez más atenciones (poco a poco van perdiendo la visión, el oído y la movilidad).

Las tres entrevistadas son amas de casa; la que aún podría tener edad para trabajar, no tiene un empleo remunerado porque no puede compatibilizarlo con el cuidado de sus familiares; las tres cuentan con un nivel bajo de estudios. Una de ellas está divorciada y las otras dos casadas.

En los tres casos asumieron la tarea de cuidados porque era “lo que les tocaba”; pero unas consideran que los cuidados son “cosas de mujeres” y reconocen que es su obligación, mientras que en uno de los casos la mujer cuidó a su madre “porque era su madre” y ahora que hace dos meses que ha muerto, tiene “la conciencia muy tranquila porque además nunca había vivido con ella y esta situación me dio la oportunidad de estar junto a ella”, pero no está de acuerdo con que la tarea de cuidar sea una responsabilidad de las mujeres, y cuando habla de ello no se resigna a afirmar que esto deba seguir siendo así. Otra de las entrevistadas también piensa que hombres y mujeres pueden cuidar igual, que “la cosa es proponérselo”, pero “porque otros no podían o no querían asumir el cuidado” se fue encargando ella del cuidado de su madre.

*“Yo no sé si un hombre podría cuidar igual que una mujer...
En general, tenemos más habilidad para cuidar...
A lo mejor es una característica femenina, a
través de la maternidad...”*

*“Éramos cuatro hermanos, y yo la chica... así que me tocó.
Culturalmente el cuidado lo desempeñan las mujeres;
tengas las obligaciones que tengas esa es una más. (...) Yo
no quiero que mis hijas tengan que cuidarme, que tengan
que “asumirme”... No quiero que ellas vivan lo que yo he
vivido con mi madre, ni tengan que renunciar a una profes-
ión ni a una vida. Quiero que eso se rompa en mi genera-
ción, por lo menos en mi familia”*

Ellas tres cuidaron a su madre porque era su obligación, porque entraba dentro del afecto, porque no podían plantearse otra cosa, porque no estaban dispuestas a dejar a su madre desatendida, pero también se vieron abocadas a ello por su situación personal concreta y por el contexto que las rodeaba.

“Yo a mi madre le hacía las cejas, le pintaba las uñas... y ella me preguntaba que para qué y yo le decía: ‘tienes que estar bien para ti misma’. Es que era mi madre”

El caso de dos de las entrevistadas es prácticamente idéntico; desde jóvenes, la situación de su familia, la imposibilidad de que otros familiares pudiesen asumir la tarea y la creencia cultural de que el cuidado es una responsabilidad femenina, las orientaron hacia la atención a sus madres. En el tercer caso fue distinto, ya que se ocupó de su madre en edad madura y porque su situación personal le empujó a volver a casa de su madre, la cual poco a poco fue perdiendo la autonomía y ella fue asumiendo su cuidado. Comenta que “se hicieron un favor mutuo”, porque ella tuvo una casa a la que volver tras su ruptura matrimonial y un sustento económico en el que apoyarse, y su madre tiene a alguien que se ocupe de ella en el día a día.

“Yo me siento útil, es un trabajo, porque como yo no estoy en MI casa... Cuando me separé y mis hijos se casaron encontré salida en lo que hago ahora, que es cuidar a mi madre”

Además, el hecho de pertenecer a familias en las que o eran la única hija o era la hermana mayor de varios hermanos y hermanas condicionó su rol dentro de la propia familia y también el poder acceder a una formación superior o estudiar algo que les gustara, como la Enfermería o la Enseñanza. Alguna se encargó de sacar adelante el negocio familiar mientras sus otros hermanos y hermanas estudiaban.

“Si hoy pudiese estudiar haría Psicología, pero no estudiaría nada relacionado con el cuidado de otras personas”

Aún así, una de ellas sí hizo cursos relacionados con “cosas de mujeres” (corte y confección, mecanografía...) e incluso llegó a irse a Inglaterra para perfeccionar su inglés. Otra de ellas posee estudios primarios y ya de mayor se ha planteado estudiar algo relacionado con el cuidado; estuvo formándose en educación para adultos y después pensó en ingresar en la universidad para mayores de 25 años, pero precisamente el cuidado de sus familiares y la promoción laboral de su marido le hizo tener que renunciar a ello.

“... ni siquiera hubo un planteamiento formal, él empezó a crecer profesionalmente y mis hijas eran pequeñas y obviamente deseché la idea de trabajar”

En cuanto a los trabajos en los que han estado, aunque ahora ejerzan como amas de casa y como cuidadoras de sus familiares, las tres trabajaron en cuestiones no relacionadas con el cuidado; una ayudó a su padre en la tienda de lámparas y después trabajó en una boutique pero lo dejó cuando se casó, y otra, aunque había trabajado de auxiliar administrativo, y estuvo buscando trabajo, no podía compatibilizarlo con el cuidado de sus hijas y la promoción laboral de su marido. Muy parecida es la situación de la tercera, que estuvo trabajando durante cuatro años en el comercio de su padre, ya casada y con cuatro hijos. Por motivos laborales de su marido tuvieron que emigrar de su ciudad de origen y ella tuvo que dejar de trabajar porque, además, comenzó a cuidar a su madre.

Es decir, las tres tuvieron que dejar a un lado su promoción profesional para cuidar a sus familiares dependientes o con falta de autonomía.

“... y no me ha frustrado porque creo que he hecho una buena labor”

Ahora mismo reconocen que no pueden trabajar porque les es imposible compatibilizarlo con el cuidado de sus familiares -“si ahora hubiese estado trabajando habría tenido que dejarlo”-; aunque a otra de ellas en un futuro no le importaría, eso sí, nada relacionado con el cuidado porque “una cosa es cuidar a mi madre y otra cosa es atender a otros. Yo lo hago porque es mi madre”.

Cuando hablan de su día a día como cuidadoras, una dice que ella sigue haciendo su vida y que es cierto que está algo “sujeta”, sobre todo en los horarios, porque su madre come, merienda y cena a determinadas horas y eso le impide, por ejemplo, ir a comer o cenar a casa de sus hijos y ver a sus nietos tanto como ella quisiera. Aún así, su madre tiene “el botón de teleasistencia” y ella se queda más tranquila, y puede salir a la calle a hacer la compra o a dar una vuelta. Además, cuenta con la ayuda de una chica que antes se dedicaba a cuidar a su madre y ahora se encarga más de las tareas del

hogar, pero que también le ayuda con su madre cuando lo necesita.

“Yo siempre salgo por la mañana o por la tarde, a comprar o hacer recados... a tomar café con las amigas o a dar una vuelta, porque es bueno para mí ... Pero por ejemplo... quería ir a comprarme una chaqueta y al final fui a comprármela casi cuando había pasado el mal tiempo...”

Se comenta la satisfacción que supone cuidar a alguien. Cuando una de ellas cuidaba a su madre enferma que vivía en una residencia a la que ella se trasladaba para poder cuidarla, y de cómo aprendió a cuidar, de cómo aprendió a hacer la cama con el enfermo dentro observando a las enfermeras del hospital en el que su madre ingresaba cuando se complicaba su enfermedad. Y explica que en verano su madre dejaba la residencia y volvía a su casa y ella se trasladaba con sus hijas y su marido hasta allí para cuidarla.

“Ya asumíamos que el veraneo era en la casa de mi madre del pueblo hasta que ella volvía a la residencia tras los tres meses de verano... Esas eran “sus vacaciones”. Fue fundamental contar con el apoyo de mi pareja. Eso es fundamental”

Cuando se les pregunta por las ayudas que existen a cuidadoras informales y personas en situación de dependencia ellas lo ven como un primer paso importante pero quizá se muestren un poco escépticas; una ha solicitado las ayudas a la dependencia y “está esperando a ver qué pasa” y otra en el caso de su madre también las solicitó, “y nada de nada”. Reconocen que su situación económica está sustentada, ya que en uno de los casos analizados la cuidadora puede vivir de la pensión de su madre y en el otro de la pensión de invalidez de su marido, pero se muestran preocupadas ante la situación de otras cuidadoras que no cuentan con este “respaldo”. Conozcan más o menos la Ley, están convencidas de que hacen falta más ayudas.

“Otra cosa que me preocupa: cuando fallece la persona a la que se ha estado cuidando ya no tienes derecho a las ayudas públicas, entonces, ¿qué haces? Además, un ama de casa que no ha trabajado y ha estado cuidando a su esposo toda la vida, cuando necesita ella esas ayudas económicas, que no ha cotizado... entonces, ¿qué pasa?”

En cuanto al salario que debería cobrar una cuidadora ellas dicen que es complejo valorar cuánto puede costar toda su dedicación, su esfuerzo, su entrega, su tiempo. Puestas a cuantificar coinciden en un sueldo de por lo menos 1.000 euros, porque es un trabajo más, si bien se cree que lo del sueldo es “una entelequia que no se puede sostener”, pero se propone que “las cuidadoras deberían cotizar algo –poco, porque tampoco da para más– y así el Estado luego puede proporcionarles unas ayudas cuando sean ellas las que las necesiten; y si se une esa ayuda a la pensión de viudedad, por lo menos no se vive en el umbral de la pobreza”.

Las abuelas

Entre los perfiles de cuidadoras y cuidadores que pueden considerarse más relevantes, hay que valorar especialmente el de las personas mayores que ayudan a sus hijos prestando cuidados a sus nietas y nietos.

Según figura en el *Libro Blanco de la Dependencia* con datos procedentes de una encuesta del CIS y del IMSERSO sobre Condiciones de Vida de las personas mayores efectuada a una muestra de 388 sujetos mayores de 65 años, estas personas son proveedores importantes de ayuda. Así el 44% de las personas mayores realizaba algún tipo de actividad de ayuda, bien entre miembros de su generación o bien de carácter inter-generacional, como se observa en la tabla 26.

TABLA 26 PROPORCIÓN DEL TIPO DE AYUDA QUE PRESTAN LAS PERSONAS MAYORES SOBRE EL TOTAL DE AYUDA PRESTADA	
	%
Ayudan a sus hijos/as y nietos/as	30
Ayudan a miembros de su generación	8
Ayudan a sus hijos y miembros de su generación	6
[No realizan ayuda habitual]	56
TOTAL	100,0

[Fuente: Libro Blanco de la Dependencia, 2005]

Sobre la ayuda inter-generacional, según la misma Encuesta del CIS y del IMSERSO, el cuidado de niños/as pequeños/as es la tarea que ocupa más tiempo, tanto para las abuelas

como para los abuelos, dentro del total del tiempo dedicado a prestar ayuda a los hijos/as.

TABLA 27
TASA MASCULINA Y FEMENINA DE AYUDAS PRESTADAS POR LAS PERSONAS MAYORES

	En % sobre los que prestan ayuda	
	Hombres	Mujeres
Tareas domésticas	23	53
Hacer la compra	20	29
Cuidar y atender niños	75	66
Hacer algún tipo de gestión	15	5
Confeccionar ropa, punto	2	18
Otro tipo no especificado	19	7

[Fuente: Libro Blanco de la Dependencia, 2005]

Otros datos del IMSERSO (2004) (35) apuntan igualmente a que un 71,1% de las personas que tienen nietos o nietas ha participado en su cuidado.

Volviendo a la encuesta del CIS-IMSERSO, hay que matizar que dentro de la tarea de cuidar y atender niños, tal y como aparece en la siguiente tabla, los abuelos parecen dedicarse más al cuidado de los pequeños cuando los padres salen, mientras que las abuelas lo hacen habitualmente en el resto de las situaciones.

TABLA 28
FRECUENCIA CON QUE LAS PERSONAS MAYORES QUE PRESTAN AYUDA, CUIDAN A SUS NIETOS/AS EN CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS

Circunstancia	Hombres	Mujeres
Diariamente, mientras trabajan los padres	32	39
Ocasionalmente, cuando salen los padres	68	64
En vacaciones	15	18
Cuando los niños/as están enfermos	20	31
Diariamente, para llevarles/ recogerles del colegio	11	14
Diariamente, para darles de comer	5	17

[Fuente: Libro Blanco de la Dependencia, 2005]

De esta manera se observa que aunque los abuelos dicen que ayudan más que las abuelas cuidando nietos son más las abuelas que prestan una atención permanente y frecuente.

Esta aportación de las abuelas, que poco a poco comienza a ser valorada, conlleva consecuencias no deseadas, y es que el 77% de las mujeres que cuidan a los hijos de sus hijos afirman padecer un mal estado de salud (36). Es lo que se ha denominado el síndrome de la “abuela esclava”, cuyos síntomas son, entre otros: alteraciones y conflictos en las relaciones con los miembros de la familia, alteraciones y conflictos en las relaciones de amistad y sociales en general, agresividad, desesperanza y frustración relacionada con la imposición de responsabilidad, dificultades económicas, cansancio psíquico y psicológico, desfase generacional entre abuelos y nietos, falta de tiempo para sí mismos, dificultades para el seguimiento social y escolar de los nietos, miedo al fracaso y a la retirada de los nietos y trastornos de salud física y trastornos depresivos (Pinazo et. al. , 2003) (37).

Aún así, y según la misma fuente, también son muchos los efectos positivos que los cuidados proporcionan a los abuelos y abuelas cuidadores: sentimientos de amor y ayuda hacia sus hijos y nietos, sentimientos de utilidad y solidaridad, revitalización por la relación con los nietos, disfrute de la presencia y de la relación con sus nietos, aumento de la autoestima por el sentimiento de utilidad y apoyo familiar por la percepción de ser importantes para sus familias e importantes socialmente, gusto por ver crecer a los nietos, encontrar sentido a sus vidas, encontrarse felices por la relación con sus nietos, etc.

Es interesante percibir cómo a través de esta delegación del cuidado de sus hijos e hijas que hacen las madres hacia sus propias madres, de alguna manera las primeras favorecen el protagonismo de las mujeres en las tareas de cuidado. Es decir, en estos casos son las propias mujeres las que reproducen el modelo tradicional de cuidados ejercidos por las mujeres.

En estas tareas en las que, como se ha visto, se implican generalmente las abuelas, además de actividades relacionadas con el cuidado (dar de comer, bañar, vigilar, etc.), también se incluyen otras como el jugar, conversar, salir de paseo, etc. que no pueden considerarse propiamente de cuidado pero

que pueden incluirse en esa acción; es decir, la faceta lúdica, lo que incluye no sólo cuestiones referidas al tiempo cuantitativo dedicado, sino que además incluyen el aspecto cualitativo referido a la asunción de actitudes, roles y otras responsabilidades que vienen a relacionarse con un modelo de educación que se les pueda estar proporcionando a los pequeños.

Para completar este epígrafe sobre “abuelas cuidadoras” recurrimos de nuevo a la información recabada en las entrevistas.

*“Mi casa es la casa de mis hijos, de mis nietos...
aquí pueden venir siempre que quieran, porque siempre serán acogidos”*

En uno de los casos, una de sus hijas tuvo una ruptura sentimental y se trasladó con su hija pequeña a su casa, y ella ha participado en su cuidado y en su educación durante veintidós años. Su nieta, que estuvo presente en parte de la entrevista y escuchando a su abuela, lo afirma: “mi abuela ha sido como la madre de muchos de sus nietos”. Además, también se hace cargo de otra nieta más pequeña; dice que siempre tiene la ayuda de su marido, aunque afirma que las tareas de cuidado están repartidas, y él se dedica más a jugar con la pequeña, sacarla a pasear...y ella es quien se encarga de darle de comer y otras actividades más relacionadas con el cuidado.

*“Cuidar es mucho más que darle de comer a alguien,
es jugar, es enseñarle...”*

Muchas historias de mujeres como cuidadoras informales son largas e intensas porque han cuidado a muchas otras personas más o menos relacionadas con su entorno familiar, pero profundizar en cada experiencia sobrepasaría los objetivos de este estudio.

*“...y ésta es un poco mi vida. En cuanto a cuidar...
no me ha faltado de nada... ni nadie”*
*“Que los abuelos cuiden a los nietos está bien, pero si no
es demasiado esfuerzo y no son muchos años (...)
Aunquen den quehacer...los niños aportan mucha alegría;
y mucha vida”.*

Las compañeras sentimentales

En uno de los casos estudiados, la mujer cuidó a su madre durante veinte años, y a su muerte asumió el cuidado de su pareja, que posee una enfermedad degenerativa (aunque aún pueda valerse por sí mismo en la mayoría de las ocasiones).

“Lo llevo bien, menos cuando tiene crisis, que tengo que ayudarle en más cosas... Aunque ahora ya tengo que abrocharle los zapatos, por ejemplo”.

Se hace mucho hincapié en lo complicado que resulta cuando la persona a la que se cuida es la pareja.

“Cuando es tu madre o tu padre pues como que es ley de vida, lo asumes más, y además tienes el apoyo de tu pareja en los momentos complicados, pero cuando es tu pareja la que necesita de tus cuidados... es muy duro”.

Entonces es cuando se puede buscar el apoyo fuera. La entrevistada tiene mucha relación con una asociación de personas que padecen la enfermedad degenerativa de su marido y este hecho ella misma lo define como positivo y negativo a la vez, ya que está informada de las ayudas –“muchas personas que tienen esta enfermedad no conocen sus derechos”-, conoce a personas que viven su situación... pero reconoce que también es duro ver todo aquello. Ella, que conoce la realidad de las parejas en la que alguno de los miembros tiene esta enfermedad, comenta:

“Si es la mujer quien la posee [la enfermedad] suele ocurrir que el marido es el que rompe la pareja, pero si es el marido quien está enfermo la mujer suele permanecer a su lado; y esta diferente actitud de dedicación se observa en las terapias que se ofrecen en la asociación: las mujeres afectadas nunca están acompañadas por los maridos, en cambio los maridos siempre están acompañados por sus mujeres”.

Todo ello vuelve a ratificar los datos obtenidos en el informe del Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO (2007) sobre el patrón de cuidado en función de quién es la persona con dependencia al que se hacía referencia en páginas anteriores.

Además, en las entrevistas se señala que es fundamental formarse en cuidados, y sobre todo en el cuidado de personas con enfermedades crónicas, ya que cuando se empieza a cuidar es un poco “por intuición”, pero deben aprenderse técnicas específicas para no sufrir dolencias físicas al mover o desplazar a los dependientes con dificultades de movilidad.

“En el Ayuntamiento de mi ciudad ofrecen unos cursos para cuidadores de personas dependientes y también para los propios dependientes que no tienen familiares que les atiendan”

La mujer a la que venimos haciendo referencia es consciente del futuro que le espera pero le resulta preferible no planteárselo porque es “frustrante”, y por ahora, que su pareja puede seguir haciendo más o menos su vida y ella también, no quiere pensar más allá porque “qué ganas de mortificarte”. Aunque ella no puede evitar pensar en la ayudas que va a necesitar cuando la discapacidad de la pareja sea mayor y necesite de más ayudas y ella tenga una edad en la que tampoco pueda ofrecérselas. En ese momento contratará a una persona para que le ayude. De lo que sí está convencida es que no implicará a sus hijas en el cuidado de su propio padre.

“No quiero que mis hijas renuncien a una vida profesional y, sobre todo, no quiero que tengan que ver más allá de lo estrictamente necesario... Que es su padre; que la figura de un padre... Pues eso.”

En cuanto a las ayudas y la implantación de la Ley de Dependencia comenta que las cosas van muy lentas, sobre todo en su Comunidad Autónoma, donde aún no han comenzado a realizarse los reconocimientos médicos para poder prestar las ayudas económicas correspondientes. Además, señala que en los servicios sociales no se informa correctamente de las ayudas.

“... te cuentan y luego dices: ‘vale, esto ya lo sabía yo’. Hay pocos recursos y además no se aprovechan”.

Las madres

Para conocer el perfil familiar y laboral de las mujeres cuidadoras, no puede pasarse por alto el papel de las mujeres en

relación con la dedicación al cuidado de sus hijos e hijas. En especial cuando para el presente estudio se han considerado como personas dependientes (o al menos, personas no autónomas) principalmente a aquellos menores de 3 años. Según las estadísticas del Instituto de la Mujer a partir del análisis de los datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, los permisos por maternidad/paternidad tienen la siguiente desagregación por sexos:

TABLA 29
PERMISOS DE PATERNIDAD Y DE MATERNIDAD 1996-2006

Años	Total permisos a padres y madres (datos absolutos)	% Madres
1996	127.739	-
1997	146.971	-
1998	148.751	-
1999	165.946	-
2000	192.422	99,03
2001	208.695	98,69
2002	224.419	98,52
2003	239.858	98,46
2004*	282.080	98,37
2005*	299.605	98,24
2006*	320.554	98,35

[Fuente: Instituto de la Mujer a partir de datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social.]
* El volumen de perceptores de maternidad gestionados por el INEM está referido a Noviembre.

Como se deduce de la tabla anterior, hasta 2006 el recurso de los padres a su derecho de permiso de paternidad ha sido simbólico. Sin embargo, ciertos avances en la explotación de estos mismos datos para el año 2007 (publicados por la agencia EFE el 27 de enero de 2008) indican que puede empezar a detectarse un cambio de tendencia, puesto que algo más de 106.000 hombres disfrutaron de dicho permiso en los nueve primeros meses de 2007, lo que significa que la cifra de 2006 se ha multiplicado por 20. La explicación de este llamativo incremento parece atribuible a la aprobación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, de Igualdad de Mujeres y Hombres.

A pesar de estos buenos indicios, esta significativa pauta desaparece cuando se trata de pedir excedencias para el cuidado de menores. Bajo este concepto, el Instituto de la Mujer ofrece las siguientes cifras:

TABLA 30
EXCEDENCIAS POR CUIDADO DE HIJOS/AS 1996-2006

Años	Total excedencias a padres y madres (datos absolutos)	% Madres
2000	8.339	96,02
2001	10.163	96,43
2002	12.694	96,16
2003	13.879	96,38
2004	16.963	96,34
2005	18.942	95,23
2006	20.225	95,33
2007	32.979	94,06

[Fuente: Instituto de la Mujer a partir de datos de la Tesorería General de la Seguridad Social.]
*Vigentes en diciembre.

Así en un periodo de 8 años tan sólo ha habido un descenso de 2 puntos porcentuales en la mayoritaria (de 96% a 94%) petición de excedencias de las madres trabajadoras, frente a la minoritaria petición de excedencias de los padres (de 4% a 6%).

En un reciente estudio que pormenoriza este análisis de excedencias (Escobedo y Navarro, 2007) (38) se detalla que aunque éstas pueden llegar a durar hasta 3 años (tiempo máximo ofrecido), realmente el grueso (un 87,2%) supone excedencias de menos de 1 año. Las autoras encuentran que la explicación principal de estas cortas duraciones descansa en que el uso que se da a las mismas es el de servir de puente entre el final de la licencia por maternidad y la accesibilidad a un centro de atención infantil.

Asimismo se baraja la hipótesis de que las excedencias responden a preferencias, o bien, distintas circunstancias (profesionales, de salud, etc.) de los propios padres y de los pequeños, pero también influyen el número de personas dependientes en el hogar o la disponibilidad de familiares cuidadores. Tal y como manifiestan Escobedo y Navarro:

“Al no ser retribuidas, las excedencias tienen un coste de oportunidad tan elevado como el de una persona usuaria, deduciendo los costes de atención. Por un lado funcionaría una lógica económica de minimizar el coste de oportunidad y por tanto serían susceptibles de usar las excedencias las personas con menores salarios, las familias con costes de atención más elevados. Por otro lado las excedencias podrían tener también un comportamiento de bien de lujo, accesible en función de fuertes preferencias y de estructuras de ingreso –o gasto- familiar que lo permitan”.

En definitiva, bajo esta lógica económica, una vez más recae con mayor probabilidad sobre las mujeres madres la decisión de dedicarse al cuidado de sus hijos, y abandonar sus puestos de trabajo (aunque sea temporalmente) en lugar de los padres.

Para concluir este apartado, se añaden algunas declaraciones de madres cuidadoras formales e informales obtenidas en las entrevistas en profundidad del presente estudio respecto a lo que ha significado para ellas cuidar a sus propios pequeños:

“Noto que ahora soy menos paciente con mis hijos, a los que cuido en el ámbito privado ... No sé por qué pero el aguante que tengo con mis pacientes no lo tengo en casa, con mis hijos ...”
(Cuidadora formal)

“A mi hija también la cuidé en su momento, porque tuvo un problema en la columna”
(Cuidadora informal)

“Mi horario de media jornada como cuidadora me permite tener tiempo para cuidar a mi hija pequeña”
(Cuidadora formal, no profesional)

“Yo me puse a estudiar Enfermería porque al separarme tuve que empezar a trabajar para sacar adelante a mis tres hijos”
(Cuidadora forma profesional)

“A la vez que cuidaba de mi madre enferma tenía que hacerme cargo de mis dos hijas”
(Cuidadora informal)

Con estas aportaciones se deduce que por el hecho de ser cuidadoras (formales o informales) las mujeres madres no se ven relegadas de sus tareas de cuidado de los hijos e hijas, ni se percibe que los progenitores varones hayan ayudado en dicha crianza, más bien, esas madres han tenido que reparar su jornada diaria en las múltiples prestaciones de cuidados de personas.

Nos encontramos en una situación de posible transición de los modelos de cuidados informales a los formales. Según la filósofa y Directora de la Fundación ETNOR, Adela Cortina (39), cuando reflexiona sobre los retos que nos depara el nuevo estado del Bienestar:

**5.
El futuro del
modelo
informal de
cuidado**

¿Quiénes van a ser en el futuro inmediato, próximo y remoto los agentes del bienestar? ¿Qué personas o instituciones atenderán a los miembros más vulnerables de la sociedad cuando no puedan hacerlo ya las familias, cuando se extinga esa especie de lo que algunos han llamado la «mujer cuidadora»?

(...) preguntarse por el futuro de los miembros más vulnerables de la sociedad requiere no sólo analizar la crisis del Estado benefactor, sino sobre todo estudiar despacio las consecuencias de tres cambios estructurales de envergadura: la incorporación de la mujer al mercado laboral, la transformación de la estructura familiar y la extinción de la «mujer cuidadora».

(...) un amplio sector de la población entiende que el trabajo femenino «fuera de casa» puede ser un obstáculo para que se realicen con bien las tareas de bienestar, tanto en el ámbito de la familia como en el de la sociedad en su conjunto. Porque las familias necesitan contratar personal externo para que desempeñe esas tareas, personal cuyo trabajo resulta ser a menudo caro y no siempre de calidad, y, por su parte, el Estado, cualquier Estado de la Tierra, carece de los recursos suficientes como para pagar unos trabajos de 24 horas, sin vacaciones, sin días de fiesta, que hasta ahora han hecho gratis las mujeres.

(...) de hecho se ha ampliado a la costumbre, tan real, de la mujer predestinada socialmente a cuidar a padres, suegros, hermanos, tíos, sobrinos valetudinarios. Es esa mujer la que ha ahorrado una incalculable cantidad de dinero a las sociedades, es esa «mujer cuidadora» -recuerda, entre otros, Víctor Pérez Díaz- la que está desapareciendo.

No todas las personas expertas están de acuerdo en que esta “extinción” de la mujer cuidadora esté directamente relacionada con la implantación del SND. Como afirma Díaz Jiménez (2006) (40), a pesar de los grandes augurios de creación de nuevos empleos y de afloración de empleo sumergido, “La realidad es que proporcionalmente, el empleo normalizado que genera la dependencia tiene escaso peso sobre el total de los cuidados que recae en la familia”. Muchos de esos empleos son empleos relacionados indirectamente con el cuidado (hostelería, construcción y/o mantenimiento de nuevas instalaciones, gestión y administración de las mismas) y los que tienen una relación más directa con el cuidado son profesionalizados. De alguna manera es improbable deducir que las mujeres que hasta ahora cuidaban a sus familiares de manera informal vayan a pasar a ser cuidadoras formales del SND pero, eso sí, podrán optar por comenzar o reanudar su vida laboral en otras esferas si no es demasiado tarde (recordemos que la media de edad de las cuidadoras informales supera los 50 años).

Aunque en el nuevo escenario de atención a la dependencia, se cumpliera la hipótesis de la tendencia a la desaparición del rol de la mujer cuidadora, es preciso tener en cuenta que los modelos sanitarios cada vez consideran más importante la preferencia del paciente por la domiciliación del cuidado, frente a la tradicional hospitalización. De hecho, en la mayoría de los casos, las personas que utilizan los servicios formales siguen recibiendo ayuda informal complementaria de sus familiares. A este respecto Casado y López (2001) (41) recogían en su estudio una serie de experiencias internacionales reveladoras, como es el análisis del caso de Alemania, según el cual desde 1996 todas las personas mayores dependientes pueden solicitar las transferencias en metálico que ofrece su sistema de Seguridad Social, las cuales pueden utilizarse tanto para comprar servicios formales como para remunerar a un familiar que proporcione cuidados informales. Pues bien, a pesar de que la cuantía de las transferencias se reduce a la mitad si se opta por esta segunda opción, los datos de 2001 indicaban que un 77% de los beneficiarios no institucionalizados preferían recibir exclusivamente cuidados informales. Esto explica probablemente que ciertos sistemas de atención al cuidado (como el finlandés) simultaneen una oferta pública muy desarrollada de servicios formales con la dotación de recursos económicos a los cuidadores familiares que voluntariamente deciden cuidar.

Según Emakunde (2007) (42), la continuidad o no del modelo informal de cuidado también tiene efectos colaterales que pueden afectar a cuestiones más próximas, como la propia situación de las mujeres cuidadoras, pero que además puede tener su repercusión en otras más tangenciales tales como la calidad del servicio doméstico como yacimiento de empleo, el uso efectivo de las políticas institucionales de conciliación, e incluso en una profundización en la demanda de un nuevo modelo de conciliación entre lo laboral y lo personal, por citar algunas de forma muy general.

En el epígrafe que sigue, el estudio va a ahondar en la repercusión de este modelo informal (junto con el modelo formal) de cuidados en una de esas posibles esferas, la esfera económica. Las reflexiones a las que se ha llegado a lo largo de este capítulo han ido indicando que la actividad del cuidado informal tiene **una repercusión económica clara**.

A la pérdida de ingresos de la cuidadora generados por la falta de compatibilidad del cuidado con una actividad laboral remunerada, se unen los gastos directos derivados de cuidar y en ocasiones, el exceso de coste en salud de la propia cuidadora. Pero a ello, es preciso sumar cuál es el valor económico del tiempo dedicado al cuidado, como variable fundamental que tiene un precio en el mercado y una repercusión sobre el PIB de una sociedad.

Conociendo esa implicación económica se conseguirán, al menos, dos grandes objetivos. Por un lado, analizar cuál podría ser la aportación de las mujeres que cuidan informalmente a la actividad económica del país (una vez pudieran ingresar en el mercado laboral ya desprovistas de su obligación de cuidado) y por otro, visibilizar mejor la labor que han estado desempeñando estas mujeres en el contexto de la atención a la dependencia.

Asimismo, este cálculo junto a la valoración económica del cuidado formal a personas dependientes realizado por mujeres será el principal objetivo del capítulo siguiente.

Notas

- (19) Aragón, Jorge; Cruces, Jesús y Rocha, Fernando (2007): "La calidad del empleo del nuevo sistema para la autonomía personal y la atención a la dependencia". Fundación 1º de Mayo, CCOO , Editorial Germania. Pág. 57
- (20) Zarapuz, Luis, (2007): "Estudio del empleo en el sector de atención a las personas en situación de dependencia". En CC.OO.: La calidad del empleo del nuevo sistema para la autonomía personal y la atención a los dependientes. Editorial Germania. Pág. 58
- (21) NOVOTEC, (2006): "Estudio de las Necesidades Formativas de los Profesionales que prestan servicios de atención a la dependencia", IMSERSO. Pág. 59
- (22) Estas son las profesiones relacionadas con el cuidado que estima el SND. No hay que olvidar que en este estudio valoramos como dependientes a la infancia, y por eso cabría situar aquí también los profesionales de las guarderías. Pág. 60
- (23) Centro de Estudios Económicos Tomillo, (2005): "La presencia de las mujeres en el empleo irregular". Instituto de la Mujer. Pág. 63
- (24) IMSERSO (2006): "El Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo". Pág. 64
- (25) Aragón, Jorge et al. (2007), Op. Cit. Pág. 38. Pág. 65
- (26) Aragón, Jorge et al. (2007): Op. Cit .Pág. 67
- (27) NOVOTEC (2006): Op. Cit. Pág. 67
- (28) IMSERSO (2005): Op. Cit. Pág. 72
- (29) Emakunde (2007): "Las Consecuencias del cuidado. Las estrategias de conciliación en la vida cotidiana de las mujeres y los hombres de la CAPV". Pág. 76
- (30) Zabalegui, Adelaida et al. (2004): "Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática". GEROKOMOS, Rincón científico. Revisiones, 15 (4). Pág. 76
- (31) A modo de ejemplo, citar la Guía del Gobierno de la Rioja (2005): "La importancia de un buen cuidador. Guía para cuidadores de personas dependientes". Colección Servicios Sociales. Cuaderno divulgativo, nº 12. Pág. 77
- (32) IMSERSO (2007): Op. Cit. Pág. 80
- (33) IMSERSO, (2004): Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores. Pág. 81
- (34) IMSERSO (2005): Op. Cit. Pág. 83
- (35) IMSERSO. (2005): Op. Cit. Pág. 89

- (36) Según el Libro Blanco de la Dependencia. Pág. 90
- (37) Pinazo, Sacramento y Ferrero, Cristina (2003): “-Impacto social del acogimiento familiar en la familia extensa: el caso de las abuelas y los abuelos acogedores”. Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, área de Psicología Social. Pág. 90
- (38) Escobedo, Anna y Navarro, Lara (2007): “Perspectivas de desarrollo y evaluación de las políticas de licencias parentales y por motivos familiares en España y en la UE” Secretaría de Estado de Seguridad Social, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Pág. 95
- (39) Cortina, Adela. “La extinción de la mujer cuidadora”. EL PAÍS. Opinión – 23 de noviembre de 1999. Pág. 97
- (40) Díaz Jiménez, Rosa María (2006): “Visibilizando a las mujeres en los contextos de la dependencia”. Comunicación e Ciudadanía. Pág. 98
- (41) Casado Marín, David y López i Casasnovas, Guillem (2001): “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro”. Fundación La Caixa, colección de Estudios Sociales, nº 6. Pág. 98
- (42) Emakunde, (2007), Op. Cit. Pág. 55. Pág. 99

*La cuantificación del
cuidado a personas
dependientes*

.....

V

.....

Una vez presentado el contexto en el que se enmarca el trabajo (capítulo III), y descritos los perfiles de la mujer cuidadora (capítulo IV), este capítulo V aborda el análisis central del estudio, focalizado en la cuantificación del cuidado a personas dependientes realizado por las mujeres.

A este respecto, este capítulo se organiza en torno a tres apartados diferenciados. En el primero se lleva a cabo la cuantificación del universo de mujeres cuidadoras, tanto en el ámbito formal como, principalmente, en el ámbito informal, lo que exigirá la explotación de un conjunto variado de fuentes estadísticas acompañado de una serie de cálculos intermedios.

El segundo apartado, destinado a la cuantificación del tiempo dedicado al cuidado de personas dependientes, se refiere básicamente al ámbito de los cuidados informales, por cuanto son las Encuestas de Empleo del Tiempo los instrumentos que hacen posible la cuantificación de los cuidados, que es el objetivo último del estudio. En este apartado se cuantificará el cuidado desde la perspectiva doble de la *Encuesta de Empleo del Tiempo del INE*, y la *Encuesta de Usos del Tiempo, Estereotipos, Valores y Aptitudes* del Instituto de la Mujer, ambas presentadas con anterioridad en el capítulo III.

A partir de todos los cálculos anteriores, en el tercer epígrafe se efectúa la cuantificación económica del sector de cuidados a dependientes, distinguiendo entre el efecto directo (que es el que se obtiene a partir de los cálculos realizados en los epígrafes anteriores), y el resto de efectos (tanto el efecto indirecto como el efecto inducido), a los que se llega mediante la utilización de la metodología input output. La suma de los tres efectos (directo, indirecto e inducido), permite cuantificar económicamente y en todo su alcance el sector de cuidados prestados por mujeres, así como ponerlo en relación con una serie de macromagnitudes económicas básicas. Se separará convenientemente la cuantificación de los cuidados formales respecto de los cuidados informales.

En el epígrafe final se llevará a cabo una estimación aproximada de la valoración económica de los cuidados remunerados realizados por mujeres pero en el ámbito de la economía irregular por cuanto desempeñan su actividad sin estar afiliadas al Régimen de la Seguridad Social, utilizando igual-

mente la metodología input output para calcular la totalidad de los efectos.

Antes de abordar este capítulo, conviene enfatizar que la valoración económica que se lleva a cabo constituye una aproximación al fenómeno de estudio, dado que los cálculos se han realizado dentro de un contexto de disponibilidad estadística y de información en algunos casos limitada, y como tal ha de ser interpretada.

1. Cuantificación del universo de mujeres cuidadoras

1.1 Cuantificación del universo de mujeres cuidadoras formales

Las cuidadoras formales desde la concepción de la dependencia del Libro Blanco.

En el capítulo III ya se efectuó un análisis en profundidad del significado del cuidado formal y el informal en el contexto de este estudio, por lo que no se volverá sobre ello en esta sección. Como allí también se puso de manifiesto, la cuantificación del colectivo de cuidadoras formales no resulta tarea sencilla, por cuanto no existe un registro suficientemente desagregado que dé cuenta de este colectivo.

A priori, podría barajarse como candidata natural para esa cuantificación la Encuesta de Población Activa (EPA), y en concreto el microdato de la misma, que es el que contiene la información más desagregada posible sobre sectores de actividad. De hecho, los microdatos facilitan la información sobre la situación del empleo asalariado en las dos ramas de actividad más relacionadas con la atención a la dependencia desde el ámbito formal en España: *Actividades sanitarias* (CNAE 85.1) y *Actividades de servicios sociales* (CNAE 85.3).

A este respecto es necesario subrayar que las personas que trabajan en el sector del cuidado a dependientes dentro del sector formal representan una fracción de cada una de estas ramas, cuyo volumen no se puede, por tanto, precisar. En consecuencia, la utilidad de la EPA como herramienta que ayuda a la cuantificación de las personas que trabajan en el sector es limitada, en la medida que no suministra datos estadísticos suficientemente rigurosos y con un nivel de desagregación necesario. Como apuntan Aragón *et al* (2007)(43), ello ha traído como consecuencia que no se disponga en la

actualidad de una cuantificación exacta del empleo en el sector, sino, a lo sumo, de estimaciones aproximadas del mismo. En todo caso, en la tabla 31 se presenta la evolución del empleo femenino en estas dos ramas que en gran medida dan cobertura a los cuidados a la dependencia (con excepción de aquellos vinculados al concepto de dependencia correspondiente a los niños y niñas menores de 3 años). La conclusión principal que se obtiene de la tabla, más allá de la cuantificación, es el fuerte dinamismo del empleo experimentado por estas dos ramas, que en diez años han crecido casi un 100% en el caso de las mujeres, excediendo ampliamente el porcentaje experimentado por los hombres (no mostrado en la tabla), cuyo crecimiento fue aproximadamente la mitad.

TABLA 31
EVOLUCIÓN DEL EMPLEO ASALARIADO EN ACTIVIDADES SANITARIAS, ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES Y HOGARES QUE EMPLEAN SERVICIO DOMÉSTICO. MUJERES. 1996-2006.

Rama Actividad	1996 (miles)	2006 (miles)	Variación 06/96%
Actividades sanitarias	357,9	534,5	49,3%
Actividades de servicios sociales	96,2	273,7	184,6%
TOTAL	454,1	808,7	77,9%

[Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (II trimestre)]

El análisis de los microdatos de la EPA al máximo nivel de desagregación disponible (que es el de los tres dígitos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones, CNO-94), permite delimitar con mayor precisión las ocupaciones más importantes en estas dos ramas de actividad y, por tanto, hacer una cuantificación algo más precisa, tal y como se muestra en la tabla 32. De esa tabla conviene retener el alto grado de feminización de las ocupaciones más relacionadas con el cuidado a la dependencia, que alcanza casi el 90% (en concreto un 87,7%).

TABLA 32
 EMPLEO ASALARIADO EN LAS OCUPACIONES MÁS VINCULADAS AL CUIDADO DE
 PERSONAS DEPENDIENTES 2006

Rama Actividad	Hombres (miles)	Mujeres (miles)	Total (miles)
Actividades sanitarias (1):	47,4	270,7	318,1
– Enfermeros/as (a)	24,2	149	173,2
– Auxiliares enfermería y asimilados (b)	23,2	121,7	144,9
Actividades de servicios sociales (2):	10,8	143,4	154,2
– Auxiliares de enfermería y asimilados (a)	4,9	81	85,9
– Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados (b)	5,9	62,4	68,3
TOTAL	58,2	414,1	472,3

[Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (II trimestre)]

Una fuente alternativa para la cuantificación del sector de cuidados formales es el Libro Blanco de la Dependencia, que ya se presentó en el capítulo III y que consideraba una cifra de empleo en el sector de la dependencia (calculada como suma del empleo en residencias, centros de día, ayuda a domicilio, asistente personal para la autonomía y teleasistencia), que ascendía a 89.500 en el año 2005.

La fuente que se va a utilizar aquí para cuantificar la cifra de mujeres cuidadoras a dependientes en su concepción tradicional (esto es, excluidas las cuidadoras a niños y niñas menores de 3 años) va un paso más allá, y se centra en la estimación del número de trabajadores y trabajadoras a partir del análisis de los convenios colectivos, utilizando para ello la estimación de Aragón *et al.* (Op. Cit) (2007). De acuerdo con esos datos, el número de convenios colectivos de ámbito estatal bajo los que se aglutinan los trabajadores de los cuidados a la dependencia son dos, y el número de personas que trabajan es de 113.467. Esa cifra, que se toma de los convenios colectivos del sector de atención a la dependencia en España vigentes en 2005, es la que se puede usar como estimación de empleo total del sector, en la medida que los convenios estatales afectan al conjunto de los trabajadores

(44). En la tabla 33 se presenta la desagregación de esa cifra de empleo distinguiendo las residencias/centros de día y ayuda a domicilio, por un lado, y los centros de personas con discapacidad por otro.

TABLA 33
 TRABAJADORES AFECTADOS POR LOS CONVENIOS
 COLECTIVOS ESTATALES DEL SECTOR DE CUIDADOS A LA
 DEPENDENCIA. 1996-2006.

	Residencias /Centros de día Ayuda a Domicilio	Centros personas con discapacidad	Total
Trabajadores	87.467	26.000	113.467

[Fuente: Aragón et al. (2007)]

De esa cifra es posible afirmar que alrededor de **99.484** son cuidadoras, resultado que se obtiene de aplicar el porcentaje de 87,7% que se ha extraído de la tabla 32. Esa cifra es, por consiguiente, la que se va a utilizar de cara a hacer la cuantificación.

Las cuidadoras formales de niños/as menores de 3 años

Como se justificó convenientemente en el capítulo II, las personas dependientes incluyen, en el contexto de este estudio y a diferencia de lo que contempla el *Libro Blanco de la Dependencia*, los niños y niñas menores de 3 años por sus escasos niveles de autonomía y la exigencia de cuidados que de ello se deriva (45). La cuantificación de las cuidadoras formales de este colectivo dependiente exige una serie de cálculos intermedios que a continuación se detallan.

En primer lugar, y dado que no existen datos del número de cuidadoras en el primer ciclo de educación infantil (esto es, aquél que comprende los niños y niñas menores de 3 años), se ha tenido que recurrir a fuentes indirectas. Esa ausencia de estimaciones se debe, en gran medida, a las dificultades de control de los centros privados, así como a la diversidad de interlocutores, ya que este primer tramo de la educación infantil está en manos de la Consejería de

Educación en unas Comunidades Autónomas y la de Servicios Sociales en otras; incluso en algunas la responsabilidad directa recaía hasta ahora en los Ayuntamientos, como ocurre en la Comunidad Foral de Navarra (El País, 2007 (46)).

En este sentido, el Anuario “Las Cifras de la Educación en España 2008” del Ministerio de Educación y Ciencia suministra la información básica de partida que se necesita. De acuerdo con el mismo, el número total de niños y niñas comprendidos en ese tramo de edad ascendió, para el curso 2005-2006, a 1,24 millones. De ellos, el porcentaje de niños atendidos en instituciones de Educación Infantil de primer ciclo y otros centros (se incluye, además del primer ciclo de Educación Infantil en centros autorizados por las Administraciones Educativas, la atención regular a niños en otros centros socio-educativos, públicos o privados, no autorizados por la Administración educativa), fue del 46,8%, lo que supone 580.360 niños y niñas atendidos. Por otra parte, el Instituto de Evaluación de la Educación del MEC, permite obtener (con datos del curso 2004-2005), el número de alumnos por profesor/cuidador en la educación infantil, que es de 10,3, de lo cual puede obtenerse una cifra de cuidadores profesionales aproximada que asciende a 56.346.

Adicionalmente a estos cuidados formales que se canalizan a través de los centros de educación infantil en su primer ciclo, deben añadirse los cuidadores profesionales que prestan sus servicios a menores de 3 años, y que suponen alrededor de un 7,25% del total de niños de esa edad según los datos de las Cifras de la Educación del Ministerio de Educación y Ciencia. Lógicamente, el ratio entre cuidador y menor de 3 años es en este caso sensiblemente diferente al que se ha calculado para el caso de los centros de educación infantil, aproximándose a una relación de 1 a 1. Lógicamente, puede darse la circunstancia de que el cuidador profesional ejerza su labor cuidando a más de un/a menor de 3 años en un mismo hogar, por lo que necesariamente ha de tenerse en cuenta esta posible situación. Para tener en cuenta tal efecto, se ha tomado como referencia el intervalo intergenésico, que es el tiempo que media entre el nacimiento de un hijo/a y otro/a. En este caso particular, interesa calcular el intervalo intergenésico del segundo hijo/a, pues nos informa del tiempo que media entre el nacimiento

del primero/a y el segundo/a. De acuerdo con las estadísticas de nacimientos del INE (año 2006), un 34,3% de los segundos nacimientos acontecen en un intervalo intergenésico menor de 3 años (ver, a tal efecto, la tabla 34), por lo que ese será el coeficiente corrector que se aplicará. En consecuencia, el ratio de personas cuidadoras respecto a menores de 3 años es de 1,343, lo que arroja una cifra de 66.945 cuidadores.

TABLA 34
EL INTERVALO INTERGENÉSICO 2006.

	Número nacimientos (segundo hijo)	Porcentajes
Total	138.315	100,0%
De 0 años	1.071	0,8%
De 1 años	17.063	12,3%
De 2 años	29.326	21,2%
De 3 años	27.214	19,7%
De 4 años	20.577	14,9%
De 5 años	14.284	10,3%
De 6 años	9.203	6,7%
De 7 años	5.782	4,2%
De 8 años	3.823	2,8%
De 9 años	2.688	1,9%
De 10 años	2.023	1,5%
De 11 años	1.479	1,1%
De 12 años y más	3.782	2,7%

[Fuente: INE, 2006]

Ahora bien, en esas cifras se incluyen cuidadores de ambos sexos, y por tanto es necesario aplicar un porcentaje para obtener la cifra total de cuidadoras. A este respecto, Martínez y Villagómez (2001) (47), dentro del contexto de un estudio sobre Nuevos Yacimientos de Empleo en Andalucía, establecen un porcentaje del 76% de empleo femenino en las actividades de cuidado de los niños. Una cifra muy similar, aunque en un ámbito algo menos preciso, es la que puede obtenerse de las *Estadísticas de Enseñanza no Universitaria* en el Curso 2005-2006 del Ministerio de Educación y Ciencia; ahí el porcentaje de mujeres que se dedican a labores do-

centes en la educación infantil y primaria ascendía a un 77,6%, lo que da una mayor robustez al resultado. A efectos de la cuantificación se tomará el porcentaje del 76% en los dos ámbitos (cuidadoras profesionales a niños y niñas menores de 3 años en centros infantiles, y cuidadoras profesionales en el hogar), de lo que se deduce que el número de cuidadoras en este segmento asciende a **93.138**.

Cuantificación final de las cuidadoras formales

Una vez realizados los cálculos, se está en disposición de dar una cuantificación final de las cuidadoras que corresponden al ámbito de los cuidados formales: **192.622**, de los cuales un 48,3% corresponden a cuidadoras de menores de 3 años (y que desempeñan su actividad tanto en centros de Educación Infantil en su primer ciclo, como aquéllas que lo hacen en el domicilio), mientras que el resto (51,7%), se corresponde con las cuidadoras formales vinculadas al cuidado a dependientes entendido desde la perspectiva del *Libro Blanco de la Dependencia*. En la tabla 35 aparece esa cuantificación.

TABLA 35 CUANTIFICACIÓN DEL NÚMERO DE CUIDADORAS FORMALES A PERSONAS DEPENDIENTES	
	Número
Cuidadoras formales (según percepción del cuidado del LBD):	99.484
Residencias/Centros de Día/Ayuda a Domicilio	76.888
Centros Discapacidad	22.796
Cuidadoras formales (menores 3 años):	93.138
Centros Educación Infantil 1ª etapa	42.260
Cuidadoras profesionales hogar	50.878
TOTAL Cuidadoras formales	192.622

[Fuente: Elaboración propia]

1.2 Cuantificación del universo de mujeres cuidadoras informales

La cuantificación del Universo de mujeres cuidadoras informales debe partir necesariamente de la utilización de las En-

cuestas de Empleo del Tiempo, tal y como se avanzó al inicio de este capítulo. Las Encuestas sobre Uso del Tiempo (EUT) han tenido un amplio despliegue desde comienzos de los noventa en España, propiciado en gran medida por las recomendaciones de la ONU en los años ochenta y, sobre todo, por el impulso dado en la Conferencia de Pekín de 1995 (IV Conferencia Mundial sobre la Mujer), donde se aprobó la propuesta de ampliación de los sistemas de contabilidad nacional con una cuenta de trabajo no remunerado.

Aunque las primeras investigaciones sobre uso del tiempo en España fueron realizadas entre 1965 y la primera mitad de los años 70 y llevadas a cabo por el Instituto ECO, fue el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) quien, en los años 80, desarrolló varias encuestas dirigidas a conocer la distribución de las actividades en los hogares y el ocio, el uso de los medios de comunicación de los españoles o las nuevas demandas y necesidades sociales.

En todo caso, la verdadera eclosión se produjo en los noventa, gracias no sólo a las aportaciones de los organismos públicos, sino también de algunos organismos privados, entre los cuales debe figurar necesariamente el ya desaparecido Centro de Investigaciones sobre la Realidad Social, (CIRES), que realizó encuestas para conocer la distribución del tiempo de la población española en 1991 y 1996.

Del año 1993 data, por ejemplo, la primera *Encuesta de Presupuestos de Tiempo* (EPT), elaborada por el Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT), que se realiza quinquenalmente, habiéndose repetido en 1998 y 2003, lo que hace posible estudiar cuál ha sido la evolución en el uso del tiempo en la Comunidad Autónoma del País Vasco. También el Instituto de la Mujer ha tenido un protagonismo importante en los avances acontecidos en la medición de los usos del tiempo, como lo atestigua la elaboración de cuatro encuestas durante los años 1993, 1996, 2001 y 2006, que prestan atención particular al trabajo no remunerado en el hogar.

Por lo que al CSIC respecta, deben apuntarse como muy relevantes (por cuanto ayudaron a abrir el camino para la medición del uso tiempo) la *Encuesta a familiares de pacientes usuarios de servicios de urgencia en hospitales en Madrid* (CSIC, 1994) o la *Encuestas a Responsables de Hogar de la*

Comunidad de Madrid (1998), que culminaron en 2003 con la *Encuesta sobre Mujeres y Trabajo No Remunerado en la Comunidad de Madrid* (2003), así como la *Encuesta sobre el Uso del Tiempo en España* (2003), realizada como parte del proyecto de Investigación: “El uso del tiempo: integración en el análisis de la estructura social y económica”.

En todo caso, ha sido la publicación de la *Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003* (EET), realizada por el INE la que ha supuesto un hito en las posibilidades de medición del uso del tiempo y la que actualmente constituye su fuente más importante. Se trata de una encuesta armonizada con EUROSTAT, es decir, comparable con otros países europeos. La muestra para España está compuesta por 20.603 hogares y 46.774 individuos, miembros de esos hogares, lo que le otorga una amplitud y fiabilidad mayor que las fuentes de datos sobre uso del tiempo existentes en nuestro país hasta la fecha. En esta encuesta, la muestra se distribuye uniformemente a lo largo del año, con la finalidad de que todos sus días estén representados a escala de estrato y Comunidad Autónoma.

El diario de actividades constituye el instrumento más característico de la encuesta (48). Todos los miembros del hogar de 10 y más años deben cumplimentarlo en un día seleccionado. La parrilla de tiempo del diario ocupa 24 horas consecutivas (desde las 6:00 de la mañana hasta las 6:00 del día siguiente) y se divide en intervalos de 10 minutos. En cada uno de ellos, el informante debe anotar la actividad principal, la actividad secundaria que realiza al mismo tiempo (en su caso) y si en ese momento se encuentra en presencia de otras personas conocidas.

En el análisis que se va efectuar a continuación, y con objeto de otorgar robustez a los cálculos, se van a utilizar dos encuestas alternativas. Así, como encuesta prioritaria se va a utilizar la *Encuesta del Empleo del Tiempo* del INE 2002-2003 y, a modo de contraste, la *Encuesta de Usos del Tiempo, Estereotipos, Valores y Aptitudes* del Instituto de la Mujer del año 2006, que resulta pertinente no sólo porque se trata de una encuesta más reciente, sino por la amplia cobertura que lleva a cabo del fenómeno del cuidado a dependientes dentro de las categorías de uso del tiempo que contempla. Esta encuesta, a diferencia de la del INE, no se apoya en un diario de actividades sino en

la cumplimentación de un cuestionario que permite la posibilidad de realizar varias actividades de forma simultánea, lo que implica que el día acabe sumando más de 24 horas. En concreto, la suma de las diferentes actividades contempladas en el cuestionario correspondiente a la Encuesta de 2006 suma un total de 26 horas y 21 minutos, tal y como se aprecia en la tabla 6, donde se muestra la distribución del tiempo entre las cinco grandes actividades (necesidades personales, trabajo doméstico, estudio, tiempo libre y trabajo remunerado) en los años 1993, 1996, 2001 y 2006.

De acuerdo con la tabla 36, el número de horas medias que resultan del cómputo del total de actividades a lo largo del día ha sido superior a las 24 en todos los años de referencia, siendo la Encuesta de 2001 la que registró un desfase mayor (28,74 horas), y la última de 2006 la de desfase menor.

	1993		1996		2001		2006	
	Tiempo medio	%						
Necesidades personales	10,35	38,1	10,66	37,8	10,56	36,8	10,50	39,8
Trabajo doméstico	5,34	19,6	5,41	19,2	5,30	18,4	4,20	15,9
Estudio	0,73	2,7	0,36	1,3	0,61	2,1	0,49	1,9
Trabajo remunerado	2,15	7,9	2,25	8,0	2,65	9,2	3,47	13,2
Tiempo libre	8,61	31,7	9,50	33,7	9,62	33,5	7,70	29,2
TOTAL	27,18	100	28,18	100	28,74	100	26,36	100

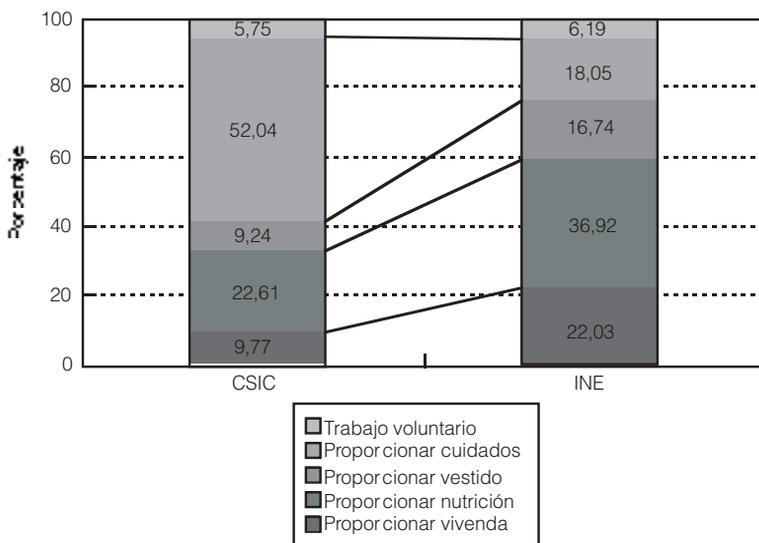
[Fuente: Encuesta sobre usos del tiempo, estereotipos, valores y actitudes*, Instituto de la Mujer. 2006]

La tercera encuesta sobre usos del tiempo más relevante, que es la del CSIC (2003), se ha descartado por las divergencias en los resultados obtenidos, tal y como se muestra en ejercicio de construcción de la Cuenta Satélite del Empleo No Remunerado para la Comunidad de Madrid (2005) (49).

Como ejemplo de las sustanciales diferencias que se detectan entre la *Encuesta de Empleo del Tiempo* del INE y la Encues-

ta del CSIC, en el gráfico 5 se representa la distribución del tiempo no remunerado de acuerdo con las categorías principales de trabajo voluntario, proporción de cuidados, vestido, nutrición y vivienda en el ámbito de la Comunidad de Madrid (50). Como se puede apreciar, la distribución es escasamente homogénea, y la divergencia es precisamente más alta en el ámbito de los cuidados, en donde de acuerdo con la Encuesta del CSIC el 52,04% del trabajo no remunerado se dedica a esas tareas, mientras que en la Encuesta del INE el porcentaje desciende hasta un 18,05%.

GRÁFICO 5
COMPARACIÓN DE LA ENCUESTA DE EMPLEO DEL TIEMPO DEL INE Y DEL CSIC:
DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO NO REMUNERADO



[Fuente: La Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de La Comunidad de Madrid]

Cuantificación final de las cuidadoras informales según la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE

La tabla 37 presenta los resultados de la Encuesta sobre Empleo del Tiempo del INE para las mujeres, distinguiendo entre actividad principal y secundaria (aquella que se realiza al mismo tiempo que la principal), lo que permite dar cuenta de la simultaneidad de las acciones.

Las actividades de la encuesta se codifican según una lista de actividades, que considera 10 grandes grupos: cuidados personales, trabajo, estudios, hogar y familia, trabajo voluntario y reuniones, vida social y diversión, deportes y actividades al aire libre, aficiones y juegos, medios de comunicación, y trayectos y empleo del tiempo no especificado. Dentro de la encuesta, la actividad que da cobertura a los cuidados a dependientes es la correspondiente al cuidado de niños y adultos del hogar (51).

A este respecto, conviene subrayar que mientras que el cuidado de los niños constituye una actividad relativamente acotada y precisa, el cuidado de personas adultas, por el contrario, refleja una actividad de perfiles más difusos que, no obstante, se distingue claramente del resto de tareas domésticas (como cocinar, comprar, limpiar, etc.). A grandes rasgos se corresponde con personas dependientes, ya sean éstos enfermos, personas con discapacidad o personas mayores que requieren ayuda. En todo caso, es preciso apuntar tres tipos de cautelas al respecto: la primera tiene que ver con el hecho de que dentro de esta categoría se incluirían también los enfermos pasajeros que no tienen la consideración de dependientes. La segunda con un posible sesgo en las respuestas respecto a la información ofrecida sobre cuidados, en la medida que los cuidados, en algunos casos, se consideran como parte inseparable del trabajo cotidiano en el hogar, lo cual es especialmente frecuente entre los cónyuges de personas de avanzada edad. Por último, la tercera cautela se relaciona con el hecho de que pequeñas variaciones metodológicas pueden producir cambios sustanciales en los resultados obtenidos.

En total, un 22,4% de las mujeres realizan este tipo de actividades de forma principal. Teniendo en cuenta que la encuesta es cumplimentada por los mayores de 10 años, es posible obtener una cifra aproximada de cuidadoras informales multiplicando el número de mujeres de edades superiores a 10 años en España (52) (en el año 2007 ese número ascendió a 20.551.900 mujeres), siendo esta cifra de 4.603.626 cuidadoras informales. Además de la actividad principal, los cuidados son realizados como actividad secundaria por parte de un 6,4% de las mujeres, lo que arroja un número de cuidadoras de 1.315.322 más. En consecuencia, de acuerdo con esta encuesta, el número total de cuidadoras informales asciende a **5.918.948**

TABLA 37
MUJERES QUE REALIZAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES A LO LARGO DEL DÍA.
MUJERES

Actividades	Total (% mujeres)	Actividad principal (% mujeres)	Actividad secundaria (% mujeres)
Comidas y bebidas	99,9	99,9	18,8
Otros cuidados personales (1)	97,9	97,9	3,3
Trabajo (2)	25,2	25,2	0,2
Pausa para la comida	4,4	0,1	4,3
Estudio	14	14	0,4
Tareas del hogar	90,6	90,3	6,1
Costura	11,8	10,1	2,3
Cuidado de animales y plantas	10,8	10,4	0,9
Cuidado de niños y adultos del hogar	23,5	22,6	6,4
Voluntariado y ayudas a otros hogares	9,1	8,6	1,4
Participación y vida social	69,5	54,3	45,4
Medios de comunicación	93,3	86	57,7
Lectura	24,1	20	6,5
Ver la televisión/video	90,6	82,3	47,5
Escuchar la radio/música	31,8	4,7	29,3
Otras actividades de ocio y tiempo libre (3)	66	64,2	5,3
Otra actividad (4)	100	100	2,2

[Notas: 1: No incluye dormir; 2: Se incluyen los trayectos debidos al trabajo; 3: Se incluyen el ocio pasivo, las actividades al aire libre, las deportivas, las aficiones y los juegos; 4: Se incluyen los trayectos (excepto debidos al trabajo) y dormir]

[Fuente: Encuesta de Usos del Tiempo, INE, 2003]

Cuantificación final de las cuidadoras informales según la Encuesta de Usos del Tiempo, Estereotipos, Valores y Aptitudes del Instituto de la Mujer del año 2006

Por su parte, la Encuesta del Instituto de la Mujer divide los usos del tiempo en torno a una serie de categorías. Dentro de la correspondiente a trabajo doméstico se contemplan las siguientes sub categorías:

- a) Trabajo en casa.
- b) Mantenimiento.
- c) Cuidado de la familia.

- d) Compras.
- e) Servicios.

A su vez, la sub categoría de cuidado de la familia, que es la más directamente relacionada con el cuidado a dependientes, contiene las siguientes actividades:

- 1) Cuidado de los/as niños/as.
- 2) Ayudar en los deberes a los/as niños/as.
- 3) Jugar con los/as niños/as.
- 4) Colaborar en la formación de los/as niños/as.
- 5) Cuidado de personas adultas (cualquier tipo de ayuda).

De esas cinco actividades, las relacionadas con el cuidado a la dependencia y que, en consecuencia, se han utilizado aquí, son el cuidado de los/as niños/as, y el cuidado de las personas adultas.

Como se puede apreciar en la tabla 38 donde se muestran las mujeres que realizan tareas por tramos de edad en cada una de esas dos actividades de cuidados, el porcentaje es sensiblemente más alto en la primera (cuidado de los/as niños/as) que en la segunda. Así, mientras que el 21,7% de las mujeres realizan actividades de cuidado de niños/as (alcanzando un pico de 42,7% en aquéllas comprendidas entre edades de 30 y 44 años), el porcentaje desciende al 6,2% en el caso del cuidado de personas adultas, con un pico en el tramo de edad de mujeres entre 45 y 64 años (10,86%).

TABLA 38
Mujeres que realizan las actividades relacionadas con cuidado a dependientes

Actividades de cuidado informal	Total mujeres	18-29	30-44	45-64	>65 años
Cuidado de los/as niños/as	Total muestra: 639	Total: 127	Total: 185	Total: 175	Total: 151
	Cuidadoras: 139	Cuidadoras: 28	Cuidadoras: 79	Cuidadoras: 21	Cuidadoras: 11
Cuidado de las personas adultas (Incluyendo cualquier tipo de ayuda)	Total muestra: 639	Total: 127	Total: 185	Total: 175	Total: 151
	Cuidadoras: 40	Cuidadoras: 2	Cuidadoras: 10	Cuidadoras: 19	Cuidadoras: 8

[Fuente: Encuesta de Usos del Tiempo, Estereotipos, Valores y Aptitudes del Instituto de la Mujer, 2006]

A diferencia de la Encuesta del Empleo del Tiempo del INE, que contemplaba un universo de personas de más de 10 años, en esta encuesta el universo son las personas mayores de 18 años, lo que necesariamente ha de tenerse en cuenta a la hora de efectuar la cuantificación de las cuidadoras. Para ello se extrapolarán esos porcentajes a nivel muestral al ámbito poblacional, lo cual es perfectamente válido dado que el error muestral de la encuesta está por debajo del +-5%.

Así, tomando el universo de mujeres mayores de 18 años en el año 2007 (que es de 19.033.085 mujeres según datos del Padrón, INE), es posible calcular el número de mujeres cuidadoras que dedican su actividad al cuidado de niños/as, que se eleva a las 4.103.179, mientras que las que se dedican a los cuidados a personas adultas ascienden a 1.180.051 mujeres. Si se suman ambos colectivos de cuidadoras, la cifra final es de **5.283.230**.

Si se compara esta cifra con la obtenida utilizando la *Encuesta de Empleo del Tiempo* del INE se llega a la conclusión de que los resultados son ciertamente similares. Como parece lógico, existe una divergencia entre las cuantificaciones obtenidas en ambas fuentes, pero ésta se cifra aproximadamente en un 10%, lo cual resulta perfectamente asumible, dadas las diferencias metodológicas entre ambas encuestas. De todo ello debe extraerse como conclusión principal la **robustez** de la cuantificación llevada a cabo, dado que la utilización de dos fuentes alternativas ha generado cuantificaciones muy similares.

2. *Cuantificación del tiempo dedicado al cuidado de personas dependientes (cuidados informales)*

2.1 **Cuantificación del tiempo según la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE**

La cuantificación del tiempo dedicado al cuidado de las personas dependientes solamente tiene sentido en el caso de los cuidados informales, puesto que es ahí donde se utilizan las encuestas sobre uso del tiempo como herramienta metodológica para la obtención, en último término, de una valoración económica de los cuidados.

Como en el apartado anterior dedicado a la cuantificación del número de cuidadoras, se va a utilizar tanto la *Encuesta sobre el Empleo del Tiempo* de INE 2002-2003 como la correspondiente al Instituto de la Mujer en 2006.

En la tabla 39 se muestra la duración media de cada una de las actividades realizadas a lo largo del día, distinguiendo asimismo entre actividades principales y secundarias. Como se puede observar, el tiempo que se dedica al cuidado de los niños y las personas adultas como actividad principal es de 2,06 horas al día, y como actividad secundaria, 1,15 horas. Si esas cifras se multiplican por los 365 días que tiene un año, y el número de cuidadoras en cada caso, el total asciende a más de **4.013,6 millones de horas al año**, de las cuales 3.461,5 millones corresponden al cuidado como actividad principal y 552,1 millones al cuidado como actividad secundaria.

TABLA 39
DURACIÓN MEDIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A LO LARGO DEL DÍA. MUJERES

Actividades	Total (% mujeres)	Actividad principal (% mujeres)	Actividad secundaria (% mujeres)
Comidas y bebidas	1:54	1:44	0:53
Otros cuidados personales (1)	0:52	0:51	0:22
Trabajo (2)	6:51	6:51	0:54
Pausa para la comida	0:55	0:34	0:56
Estudio	5:09	5:09	0:43
Tareas del hogar	3:29	3:27	0:33
Costura	1:37	1:33	1:28
Cuidado de animales y plantas	1:09	1:09	0:36
Cuidado de niños y adultos del hogar	2:22	2:06	1:15
Voluntariado y ayudas a otros hogares	2:17	2:09	1:39
Participación y vida social	3:01	1:56	2:18
Medios de comunicación	3:37	2:28	2:10
Lectura	1:04	1:01	0:49
Ver la televisión/video	2:52	2:17	1:30
Escuchar la radio/música	1:46	0:55	1:46
Otras actividades de ocio y tiempo libre (3)	2:08	2:06	1:02
Otra actividad (4)	9:52	9:52	0:38

[Notas: 1: No incluye dormir; 2: Se incluyen los trayectos debidos al trabajo; 3: Se incluyen el ocio pasivo, las actividades al aire libre, las deportivas, las aficiones y los juegos; 4: Se incluyen los trayectos (excepto debidos al trabajo) y dormir]

[Fuente: Encuesta de Usos del Tiempo, INE, 2003]

2.2. Cuantificación del tiempo según la Encuesta de Uso del Tiempo del IM

Por su parte, la cuantificación del tiempo de los cuidados informales según la Encuesta de Uso del Tiempo del Instituto de la Mujer ofrece los resultados observados en la tabla 10, donde la duración se expresa en minutos para el total de mujeres y para los distintos segmentos de edad: mujeres de edades comprendidas entre 18 y 29 años, de 30 a 44 años, de 45 a 64 y mayores de 65 años.

TABLA 40
DURACIÓN EN MINUTOS DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON CUIDADO A
DEPENDIENTES LLEVADAS A CABO POR MUJERES SEGÚN EDAD

Actividades de cuidado Informal	Total mujeres	18-29	30-44	45-64	>65 años
Cuidado de los/as niños/as	132,95 m.	139,17 m.	136,78 m.	117,41 m.	118,53 m.
Cuidado de las personas adultas (incluyendo cualquier tipo de ayuda)	221,54 m.	279,79 m.	304,06 m.	156,85 m.	254,18 m.

[Fuente: Encuesta de Usos del Tiempo, Estereotipos, Valores y Aptitudes del Instituto de la Mujer, 2006]

Así, el tiempo medio dedicado al cuidado de los niños para el total de mujeres es de 132,95 minutos (o lo que es lo mismo, 2 horas y 13 minutos), mientras que el tiempo dedicado al cuidado de personas adultas es de 221,54 minutos (3 horas 41,5 minutos). Como se puede observar, la dedicación temporal a los cuidados en esta encuesta es sensiblemente superior a la observada en la correspondiente al INE, lo que puede constituir un reflejo del mejor tratamiento de la simultaneidad de actividades por parte de la primera.

Con ello, el total de horas que deben ser computadas a efectos de la duración de las actividades de cuidados es de **4.541,1 millones de horas**, de las cuales 1.470,9 millones se corresponden con el cuidado de personas adultas y 3070,2 millones de horas con el cuidado a niños.

En definitiva, cuando se comparan las cifras obtenidas en ambas encuestas se llega a la conclusión de que las diferen-

cias entre ambas se han ensanchado cuando se tiene en cuenta la duración de las actividades vinculadas a los cuidados. Así, el número de horas totales computadas al cuidado es alrededor de un 13% superior en la Encuesta de Usos del Tiempo del Instituto de la Mujer en relación a la del INE, lo que, en todo caso, supone una diferencia muy limitada entre ambas y significa, al mismo tiempo, un decidido aval que confirma la robustez de los resultados.

3.1 Cuantificación económica: Efecto directo

El efecto directo surge a partir de la monetización del tiempo que se ha calculado en el apartado anterior. A tal efecto, en este apartado se va a proceder, como en los epígrafes anteriores, a diferenciar la cuantificación del efecto directo en los cuidados formales de los cuidados informales.

Cuantificación del efecto directo de los cuidados formales

En relación a los cuidados formales a dependientes, la cuantificación económica de los cuidados formales a dependientes llevados a cabo por mujeres nos enfrenta a un condicionante fundamental, que es la ausencia de datos estadísticos para reflejar las distintas situaciones salariales de los profesionales de estos centros. Las deficiencias en este ámbito se producen no tanto por la ausencia de información estadística de los salarios, como por la ausencia de una cuantificación precisa en cada una de estas categorías profesionales.

En esta tesitura se ha optado por elegir, entre todas estas categorías profesionales, y para cada tipo de cuidado (residencias, centros de día, ayuda a domicilio y centros de discapacidad) la que parece tener una asociación más plena y directa con el concepto de cuidado a dependientes, que es distinto en cada caso. Una dificultad que ha sido necesaria salvar es la correspondiente a la desagregación por tipo de cuidado, ya que los datos de los convenios sólo distinguen entre residencias/centros de día/ayuda a domicilio por un lado, y centros de discapacidad por otro. Para efectuar la desagregación se han tomado como referencia los porcentajes que ofrece el *Libro Blanco de la Dependencia*, de tal forma

3.

Cuantificación económica del sector de cuidados prestados por mujeres

que el 79,7% del empleo pertenece al sector de las residencias y los Centros de Día y un 20,3% al sub sector de la Ayuda a Domicilio.

La información sobre salarios ha sido extraída de los convenios colectivos correspondientes, en concreto el IV Convenio Colectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal, así como el XII Convenio Colectivo General de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad que ofrecen datos de salarios base y complementos para el año 2007. En el caso de del IV Convenio Marco se ha incorporado la revisión salarial del 2007, pues el Convenio está firmado en 2006.

Para los sub sectores de Residencias y Centros de Día, se ha tomado como referencia para efectuar los cálculos la categoría de gerocultor. El gerocultor es un profesional en buena medida asimilable a un auxiliar de clínica que trabaja en este tipo de centros de mayores y que da apoyo y atención a los ancianos, de lo que se deduce la mayor vinculación con el cuidado a dependientes que es objeto de este estudio.

Por su parte, en el subsector de las Ayudas a Domicilio, la categoría seleccionada es la de auxiliar de ayuda a domicilio, por su vinculación directa con la realización de los cuidados, mientras que en los Centros para Personas con Discapacidad (Centros Asistenciales), se ha escogido la categoría de cuidador, dentro del subgrupo IV (53), que es la que se adapta en mayor medida al fenómeno que se pretende medir.

Para cada una de estas categorías profesionales se ha imputado el salario base establecido por convenio que, lógicamente, no tiene en cuenta los complementos salariales, cuya regulación tiene un escaso reflejo en la negociación colectiva del sector de atención de la dependencia.

Así, el salario base mensual para un gerocultor de acuerdo con la revisión salarial de 2007 es de 794,75 euros. Por su parte, la retribución del personal auxiliar de ayuda a domicilio, asciende a los 781,56 euros mensuales (año 2007) de acuerdo con el Convenio Marco. Por su parte, el salario base de un cuidador de un Centro de Discapacidad después de la revisión salarial de 2007 es de 835,13 euros.

Adicionalmente, falta por incluir la valoración económica de los cuidados a niños menores de 3 años, que también computan como dependientes a efectos del presente trabajo, a partir de la toma en consideración de su salario medio. A tal efecto, se ha consultado el X Convenio Colectivo de Ámbito Estatal de Centros de Asistencia y Educación Infantil para 2007. En las tablas salariales que allí aparecen se establece un salario base para el asistente infantil (que es quien está al cuidado del orden, seguridad, entretenimiento, aseo, alimentación y atención personal de los niños y las niñas), de 663 euros como salario base mensual.

A estos salarios base han de añadirse necesariamente todos los complementos pertinentes con objeto de determinar el salario bruto (54), lo cual ha exigido calcular la relación entre el salario base y el salario total. Ello se ha hecho mediante la utilización de la Encuesta de Estructura Salarial del INE, que ofrece datos de descomposición salarial para distintas categorías profesionales de acuerdo con la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO). Si bien estos datos desagregados se corresponden con el año 2002, es plausible que la relación entre el salario base respecto al total no se haya alterado demasiado en estos años, por lo que será esa relación la que se utilizará como referencia.

A tal efecto, se ha utilizado como referencia la categoría 51 de la CNO, referida a los trabajadores en servicios personales (contiene dentro de la misma, entre otras, las sub categorías de auxiliares de enfermería y asimilados, trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados), concluyéndose que el salario base supone, en el caso particular de las mujeres, un 60,47% del total percibido. En consecuencia, de ahí puede extraerse el salario total, tal y como se refleja en la tabla 41.

TABLA 41
MONETIZACIÓN DE LOS CUIDADOS FORMALES A DEPENDIENTES

Tipos cuidados	Cuidadoras	Categoría profesional más relevante	Salario base anual (según convenio)	Porcentaje sobre salario base	Salario total bruto	Total (millones euros)
Residencias/ Centros de Día	61.138	Gerocultor	9.537 €		15.771,5 €	964,24
Ayuda a domicilio	15.543	Auxiliar ayuda domicilio	9.379 €	60,47%	15.510 €	241,07
Centros Discapacidad	22.802	Cuidador	10.021,6 €	(CNO-51)	16.572,77 €	377,85
Cuidados 0-3 años	93.138	Asistente infantil	7.956 €		13.156,9 €	1.225,41
Total						2.808,57

NOTA: La distribución del número de cuidadoras a dependientes en residencias/centros de día y ayuda a domicilio se ha realizado tomando como referencia porcentajes extraídos del Libro Blanco de la Dependencia.

[Fuente: Elaboración propia]

Una vez estimado el salario total para cada uno de los tipos de cuidados, es posible llegar a una cifra que cuantifica los cuidados formales realizados por mujeres: **2.808,57 millones de euros**.

Cuantificación del efecto directo de los cuidados informales

La cuantificación de los cuidados informales ha de transitar necesariamente por el cálculo del salario/hora, ya que del epígrafe anterior se dedujo una cifra total de horas dedicadas al cuidado. Dado que, como parece obvio, no existe salario de mercado en las actividades de cuidado de carácter informal, la monetización debe pasar de manera obligada por la toma en consideración de los salarios de las categorías profesionales ligadas a los mismos. Para ello, y en línea con lo realizado en el cálculo de la Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de la Comunidad de Madrid (2005), se ha tomado como referencia el salario/hora a precios corrientes correspondiente a la categoría profesional 51 de la CNO, referida a servicios personales (que ya se utilizó para el cálculo del salario bruto de distintas categorías profesionales en el ámbito del cuidado formal).

De la Cuenta Satélite se extrae que el salario/hora (tomando como horas las efectivamente trabajadas, y no las pactadas

en convenio) es de 9,01 euros. Ello supone un valor monetario que, cuando se toma como referencia la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE 2002-2003, alcanza los **36.161,89 millones** de euros, y **40.915,31 millones** si la referencia es la Encuesta de Usos del Tiempo, Estereotipos, Valores y Aptitudes del Instituto de la Mujer, 2006. Esas cifras son brutas y son las que se utilizarán a efectos de calcular los efectos indirectos e inducidos, que se obtienen como consecuencia de la aplicación de la metodología input output, tal y como se muestra en el siguiente epígrafe.

3.2. Cuantificación económica: los efectos indirecto e inducido derivados del análisis Input Output

El cálculo de los efectos indirectos e inducidos vía input output constituye, como se avanzó en el capítulo II, el hito metodológico que hará posible evaluar el verdadero impacto que tienen sobre la economía los cuidados informales y, por tanto, hablar de una valoración económica completa, dado que se tienen en cuenta los efectos de retroalimentación entre sectores (efecto indirecto), y la aportación adicional generada por la vía del aumento del consumo (efecto inducido).

El punto de partida para la obtención de estos efectos es la asignación de ese efecto directo a una rama o conjunto de ramas de la Tabla Input Output, esto es, trasladar la cuantificación monetaria de las cuidadoras (tanto en el ámbito formal como en el informal) a un entorno input output.

En el análisis se va a utilizar la Tabla Input Output de España más actualizada posible, que data del año 2000. A este respecto, conviene tener en cuenta que si bien existe una Tabla Input que data del año 2001, se trata de una tabla no simétrica que impide su concepción como herramienta metodológica del análisis input output (55). Por tanto, para el análisis de evaluación económica ha de recurrirse necesariamente a la Tabla Input Output de España simétrica, que data del año 2000. Pese a que de ello pudiera desprenderse que se trata de una tabla algo obsoleta, debe tenerse en cuenta que las relaciones que miden las tablas input output son de carácter estructural y no coyuntural. En consecuencia, la utilización de una tabla correspondiente al año 2000 no introduce un sesgo significativo en los resultados que se obtengan.

Los efectos indirectos e inducidos se obtienen a partir del cálculo de toda la cadena de efectos que produce la demanda final de las actividades que constituyen el sector de los cuidados a la dependencia.

De este modo, la demanda de estas actividades se traduce en demandas de otras, las cuales a su vez demandan bienes y servicios a todas las demás, produciéndose así toda una sucesión de efectos intersectoriales que pueden ser medidos combinando la información input-output con el álgebra matricial. Esto permite llegar a una expresión matemática que calcula el efecto total y que además se puede descomponer en los efectos directos, indirectos e inducidos que se describen a continuación.

Cuantificación de los efectos indirecto e inducido de los cuidados formales

La utilización de la metodología input output permite obtener los efectos indirectos e inducidos que se añaden a los efectos directos del cuidado a dependientes. De acuerdo con la evidencia aportada en la cuantificación del efecto directo, la actividad CNAE en la que se encuadran los cuidados a personas dependientes es la 85 (sanidad y servicios sociales), y será ella, en consecuencia, la que se utilizará como referencia a la hora de calcular los efectos indirectos e inducidos (ver a tal efecto, la sección. V.3). Se trata de una actividad que recoge dos realidades diferenciadas, por cuanto incorpora tanto la actividad de mercado (sanidad y servicios sociales públicos) como la de no mercado (sanidad y servicios sociales privados), lo que exige llevar a cabo una asignación a cada una de las dos ramas que recoge la actividad en la tabla input output. Para ello es preciso establecer una ponderación entre ambas ramas de actividad, la cual se ha tomado a partir del porcentaje que representa el valor añadido bruto de cada rama respecto del total de una rama hipotética que recoja toda la actividad de servicios de sanidad y servicios sociales. Así, aproximadamente el 42,4% se asigna a la rama de sanidad y servicios sociales de mercado (públicos) y el 58,6% a la de servicios de sanidad y servicios sociales de no mercado (privados).

Para determinar y cuantificar los efectos económicos del gasto se seleccionarán las principales variables económicas que,

en su conjunto, caracterizan la actividad de la economía. En concreto se deben calcular los efectos sobre las siguientes variables:

— Producción efectiva
— Valor Añadido Bruto
— Producto Interior Bruto
— Empleo

La toma en consideración de estos efectos indirectos e inducidos modifica sensiblemente al alza la cuantificación del valor económico de los cuidados formales, tal y como se puede apreciar en la tabla 42, donde se presenta el alcance de ambos efectos por separado y conjuntamente para estas cuatro variables macroeconómicas.

Así, en el ámbito de la producción efectiva, que incluye tanto el Valor Añadido Bruto como los consumos intermedios, el efecto indirecto añade 1.084, 33 millones de euros más a la cuantificación, de los cuales el efecto indirecto independiente (aquel que se produce como consecuencia de considerar la primera ronda de los efectos de retroalimentación que se producen por la compra entre sectores productivos), implica 666,37 millones de euros, y 417,96 millones el efecto indirecto dependiente (aquel que se produce como consecuencia de la toma en consideración de sucesivas rondas de estímulo de la actividad de los proveedores). Por su parte, el efecto inducido añade una cantidad importante de producción efectiva, valorada en más de 2.700 millones de euros más (en concreto 2.729,01 millones de euros).

TABLA 42
 MONETIZACIÓN DE LOS CUIDADOS FORMALES A DEPENDIENTES: EFECTOS
 INDIRECTOS E INDUCIDOS

Actividades de Cuidado Formal	Producción efectiva (millones euros)	VAB (millones euros)	PIB (millones euros)	Empleo (mujeres ocupadas)
Efectos indirectos:	1.084,33	538,48	544,03	30.838
— Independientes	666,37	346,84	351,10	19.990
— Dependientes	417,96	191,64	192,92	10.847
Efectos inducidos	2.729,01	863,96	870,17	57.082
Suma efectos indirectos e inducidos	3.813,25	1.402,45	1.414,20	87.921

[Fuente: Elaboración propia]

En todo caso, la producción efectiva no es una de las variables macroeconómicas que se utilizan habitualmente, dado que incluye los consumos intermedios. Una magnitud más depurada e intuitiva es el **Valor Añadido Bruto**, que también se representa en la tabla. En este caso, el efecto indirecto añadiría 538,4 millones de euros más, de los cuales un 64,41% corresponde al efecto indirecto independiente y el resto (36,59%) al efecto indirecto dependiente. En todo caso, es de nuevo el efecto inducido el que supera en su alcance al efecto indirecto, ya que se eleva hasta los 863,96 millones de euros, que añadidos al efecto indirecto, totalizan **1.402,45 millones de euros**.

Por su parte, el Producto Interior Bruto (PIB), constituye una de las variables macroeconómicas más populares lo que explica que, junto al empleo, será la que se utilice a la hora de establecer una medida relativa de la importancia que ostenta el valor económico de los cuidados, tanto formales (en este caso), como informales. La diferencia conceptual entre el PIB y el VAB es muy limitada, lo que explica que los efectos sean similares; de hecho, el PIB resulta de añadir al VAB el IVA y los impuestos netos a la importación.

Como se puede apreciar, el efecto indirecto asciende hasta casi los 550 millones de euros (en concreto, 544,03 millones de euros), de los cuales el efecto independiente es el más relevante (351,1 millones de euros), mientras que el efecto inducido supone 870,17 millones de euros.

La última de las variables macroeconómicas utilizadas es el empleo, cuyo cálculo ha sido realizado a partir de una transformación intermedia, derivada de que el empleo calculado por la tabla input output es equivalente a tiempo completo. En consecuencia, al total de cuidadoras calculado en la sección V.1. le ha sido aplicado un factor de corrección para convertir ese empleo en equivalente a tiempo completo, lo que ha exigido tomar en consideración las horas efectivamente trabajadas por mujeres en los tres ámbitos considerados: los de los cuidados a dependientes desde la perspectiva del Libro Blanco de la Dependencia, las cuidadoras profesionales que desempeñan su actividad laboral en centros de educación infantil de primer ciclo, y las cuidadoras profesionales en el hogar. Para el primer caso, se ha consultado la estadística de número medio de horas efectivas en la rama de sanidad y servicios sociales de la EPA en el año 2006, que fue de 34,9 horas/semana, mientras que para los otros dos conceptos de cuidado se han consultado “Las cifras de la Educación en España 2008” del Ministerio de Educación y Ciencia, que recoge horas medias semanales en el curso 2005-2006, siendo éstas 20,6 y 23,9 horas semanales respectivamente.

En este caso, conviene subrayar que la toma en consideración del efecto indirecto supondría la toma en consideración de 30.838 nuevos empleos equivalentes a tiempo completo, de los cuales 19.990 son efectos “de primera ronda” (independiente), y 10.847 de “rondas sucesivas” (dependiente). Por su parte, el efecto inducido asciende a 57.082 nuevos empleos equivalentes a tiempo completo, lo que implica que la suma de los efectos indirectos e inducidos (esto es, aquellos derivados de la utilización de la metodología input output), asciende a **87.921 empleos equivalentes a tiempo completo.**

Cuantificación de los efectos indirecto e inducido de los cuidados informales

La cuantificación de los efectos indirecto e inducido en el ámbito de los cuidados informales supone, como punto de partida y tal y como se ha hecho en el ámbito de los cuidados formales, asignar la cifra correspondiente al efecto directo a una rama (o ramas) de actividad económica, que en este caso ha sido la de actividades diversas de servicios personales (CNAE 93), siguiendo las directrices apuntadas en la Encuesta Satélite de la Comunidad de Madrid (2005).

En ese caso, y de acuerdo con la **Encuesta de Empleo del Tiempo del INE**, la producción efectiva alcanza un efecto indirecto de más de 21.146 millones de euros, de los cuales 12.717 se corresponden con el efecto independiente y 8.429 con el dependiente. A ese efecto indirecto hay que unir el efecto inducido, que suma más de 25.000 millones de euros (en concreto 25.154,87 millones). En definitiva, si se tienen en cuenta ambos tipos de efectos, la producción efectiva generada adicionalmente es de 46.301 millones de euros.

TABLA 43
 MONETIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INFORMALES A DEPENDIENTES: EFECTOS INDIRECTOS E INDUCIDOS. ENCUESTA DEL EMPLEO DEL TIEMPO, INE, 2003

Actividades de Cuidado Informal	Producción efectiva (millones euros)	VAB (millones euros)	PIB (millones euros)	Empleo (en miles de ocupados)
Efectos indirectos:	21.145,78	10.121,13	10.179,89	216.544,10
— Independientes	12.716,97	6.400,36	6.437,61	133.571,63
— Dependientes	8.428,81	3.720,78	3.742,38	82.971,47
Efectos inducidos	25.154,87	7.964,00	8.021,17	209.463,90
Suma efectos indirectos e inducidos	46.300,65	18.085,13	18.201,06	426.008,00

[Fuente: Elaboración propia]

Respecto al VAB y el PIB, que son las variables macroeconómicas tradicionalmente más utilizadas en los estudios de impacto, los resultados apuntan a un efecto indirecto de 10.121 y 10.180 millones de euros respectivamente, y un efecto inducido algo inferior, que se sitúa en el entorno de los 8.000 millones en el caso del VAB (7.964 millones), y supera esa barrera (8.021,17 millones) en el caso del PIB. Como consecuencia de ello, la cifra total agregada que recoge tanto el efecto indirecto como el inducido es muy similar en ambos casos, ascendiendo a **18.085,13 millones para el VAB y de 18.201,06 millones para el PIB**.

En cuanto al empleo, que es la última de las variables macroeconómicas que se analizan, el efecto indirecto supone 216.544 empleados, cifra ésta algo superior a la del efecto inducido, responsable de 210.316 nuevos ocupados. Con ello, la cifra de ocupados equivalentes a tiempo completo asciende a **427.741 mujeres ocupadas**.

Por su parte, la tabla 44 muestra los efectos indirectos e inducidos cuando se utiliza como referencia **la Encuesta de Usos del Tiempo, Estereotipos, Valores y Aptitudes del Instituto de la Mujer del año 2006**. En ese caso, tal y como se puede apreciar, los efectos son ligeramente más elevados, como se deduce del mayor efecto directo que se derivó en el epígrafe V.3. Así, la suma de los efectos indirecto e inducido respecto a la **producción efectiva alcanza los 52.386,7 millones de euros, el VAB los 20.462,4 millones de euros, el PIB los 20.593,6 millones y el número de empleos femeninos equivalentes a tiempo completo supera los 482.000.**

TABLA 44
MONETIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INFORMALES A DEPENDIENTES: EFECTOS INDIRECTOS E INDUCIDOS. ENCUESTA DE LOS USOS DEL TIEMPO, ESTEREOTIPOS, VALORES Y APTITUDES DEL INSTITUTO DE LA MUJER, 2006

Actividades de Cuidado Informal	Producción efectiva (millones euros)	VAB (millones euros)	PIB (millones euros)	Empleo (miles de mujeres ocupadas)
Efectos indirectos:	23.925,4	11.451,5	11.518,1	245.010
– Independientes	14.388,6	7.241,7	7.283,8	151.130
– Dependientes	9.536,8	4.209,9	4.234,3	93.878
Efectos inducidos	28.461,4	9.010,9	9.075,5	236.999
Suma efectos indirectos e inducidos	52.386,8	20.462,4	20.593,6	482.009

[Fuente: Elaboración propia]

3.3 Cuantificación económica total

Una vez mostrados los efectos indirecto e inducido derivados de la aplicación de la metodología input output, conviene mostrar todos los efectos de manera conjunta, así como poner las cifras en términos relativos, utilizando para ello referentes diferentes de comparación que será la producción efectiva, VAB, PIB y empleo de España en el año 2006.

Además de todo ello, en este sub epígrafe se presenta un análisis de los perfiles de los sectores que se benefician más de la actividad de los cuidados, tanto en el ámbito formal como en el informal.

Cuantificación de los efectos totales de los cuidados formales

La tabla 45 resume la valoración económica de los cuidados formales a dependientes realizados por mujeres y el peso relativo que asume en España para cada una de las cuatro variables macroeconómicas que se han utilizado hasta el momento. Como se puede apreciar, la valoración económica de los cuidados formales es relativamente limitada, y alcanza el **0,35% en relación a la producción efectiva y el PIB de España en 2006, y un 0,38% en relación al VAB español de 2006**. El porcentaje es más elevado con respecto al **empleo** dado que, en ese caso, el porcentaje se sitúa en torno a un **0,7%**. En todo caso, si el referente sobre el cual se efectúa el cálculo porcentual es el **número total de mujeres ocupadas** y no el total de personas ocupadas (calculado como suma de varones y mujeres), ese porcentaje sería todavía más elevado, alcanzando el **1,82%**.

TABLA 45

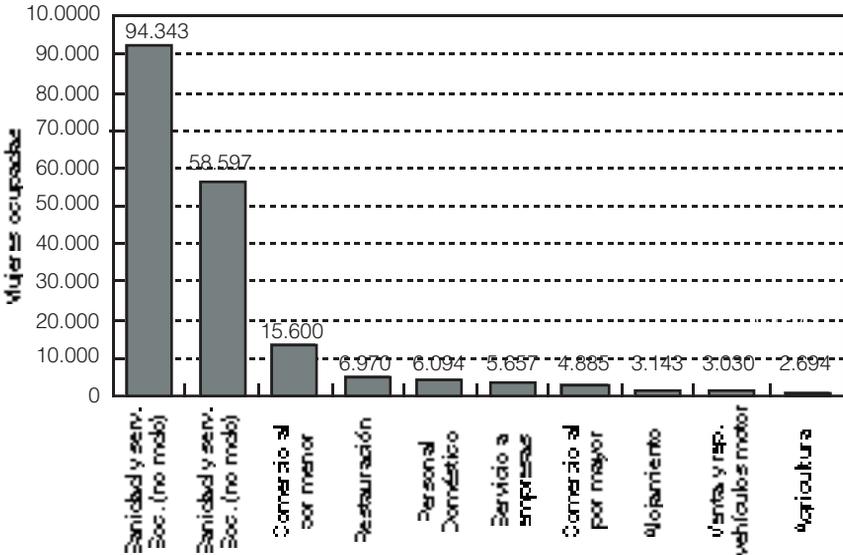
MONETIZACIÓN DE LOS CUIDADOS FORMALES A DEPENDIENTES: EFECTOS TOTALES Y PESO RELATIVO

Actividades de cuidado formal	Producción Efectiva (millones euros)	Producción Efectiva España 2006*	Porcentaje respecto Producción Efectiva España
Efectos totales (efectos directos, indirectos e inducidos)	6.730,46	1.914.026	0,35%
Actividades de cuidado formal	VAB (millones euros)	VAB España * 2006	Porcentaje respecto VAB España
Efectos totales (efectos directos, indirectos e inducidos)	3.308,51	873.703	0,38%
Actividades de cuidado formal	PIB (millones euros)	PIB España * 2006	Porcentaje respecto PIB España
Efectos totales (efectos directos, indirectos e inducidos)	3.397,9	980.954	0,35%
Actividades de cuidado formal	Empleo (número mujeres ocupadas)	Puestos de trabajo España 2006	Porcentaje respecto empleo España
Efectos totales (efectos directos, indirectos e inducidos)	145.348	20.907.700	0,7%

[Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España, INE, 2000-2006]

Otra cuestión de interés que se puede obtener de la aplicación de la metodología input output se refiere al análisis de los sectores que se ven estimulados en mayor medida como consecuencia de la consideración de los efectos indirecto e inducido. A tal efecto, el gráfico 6 muestra las diez ramas de actividad que se ven estimuladas en mayor medida en términos de creación de empleo como consecuencia de los cuidados formales de mujeres a dependientes. Como parece lógico, y en la medida en que Sanidad y Servicios sociales son las ramas de actividad responsables del efecto directo (esto es, las ramas a las que se asignan esos cuidados), tanto en su vertiente de no mercado como de mercado, son éstas las responsables de la mayor parte de la creación de empleo en el cuidado formal a dependientes. De hecho, casi las dos terceras partes de los ocupados se encuentran en esas ramas de actividad, especialmente de la no abierta al mercado, la cual es responsable de 94.343 empleos femeninos.

GRÁFICO 6
 LAS RAMAS DE ACTIVIDAD CON MAYOR CRECIMIENTO DEL EMPLEO. CUIDADOS FORMALS A DEPENDIENTES



[Fuente: Elaboración propia]

Otras ramas de actividad que participan del *ranking* son el comercio al por menor, con 15.600 mujeres ocupadas, restauración (6.970 ocupadas), personal doméstico (6.094 ocupadas) o servicios a empresas (5.657 ocupadas). Como se puede apreciar, el perfil de estas ramas de actividad es casi terciario en su totalidad; de hecho, de esas diez ramas tan sólo agricultura, ganadería y pesca (con 2.694 ocupadas) es la única que no se adscribe a esta pauta.

Cuantificación de los efectos totales de los cuidados informales

Los resultados obtenidos para el cuidado informal son sensiblemente diferentes, tal y como puede deducirse de la tabla 46, en donde se presentan los efectos totales y el peso relativo de los cuidados informales de acuerdo con las cuatro macromagnitudes de referencia y las dos Encuestas de Uso del Tiempo que se han utilizado para efectuar los cálculos.

La consideración de los cuidados informales realizados por parte de las mujeres supone un porcentaje importante en todas las variables. La producción efectiva supone casi 82.500 millones de euros cuando se utiliza la Encuesta de Usos del Tiempo del INE (en concreto, 82.462,5 millones), y 93.302,07 millones cuando se utiliza la Encuesta del Instituto de la Mujer. Estas cifras implican unos porcentajes en relación a la **producción efectiva española** que se mueven en la horquilla del **4,31%-4,87%** dependiendo de que se utilice una u otra encuesta como base para los cálculos.

TABLA 46
 MONETIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INFORMALES A DEPENDIENTES:
 EFECTOS TOTALES Y PESO RELATIVO

Actividades de cuidado informal	Producción Efectiva (millones euros)	Producción Efectiva España 2006*	Porcentaje respecto Producción Efectiva España
Efectos totales.			
Encuesta INE	82.462,53	1.914.026	4,31%
Efectos totales.			
Encuesta IM	93.302,07	1.914.026	4,87%
Actividades de cuidado informal	VAB (millones euros)	VAB España * 2006	Porcentaje respecto VAB España
Efectos totales.			
Encuesta INE	39.884,45	873.703	4,56%
Efectos totales.			
Encuesta IM	45.127,19	873.703	5,17%
Actividades de cuidado informal	PIB (millones euros)	PIB España * 2006	Porcentaje respecto PIB España
Efectos totales.			
Encuesta INE	40.037,39	980.954	4,08%
Efectos totales.			
Encuesta IM	45.300,24	980.954	4,62%
Actividades de cuidado informal	Empleo (número ocupados)	Puestos de trabajo España* 2006	Porcentaje respecto empleo España
Efectos totales.			
Encuesta INE	1.609.644	20.113.500	8,00%
Efectos totales.			
Encuesta IM	1.821.228	20.113.500	9,05%

[Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España, INE, 2000-2006]

Porcentajes similares se obtienen en relación con el VAB. En ese caso el sector de los cuidados informales realizados por mujeres ostenta una valoración económica cercana a los 40.000 millones de euros (Encuesta del INE), o más de 45.000 millones si se utiliza la Encuesta del Instituto de la Mujer. Tales cifras suponen, en términos relativos, porcentajes que fluctúan entre un **4,56% y un 5,17% del VAB de España en 2006.**

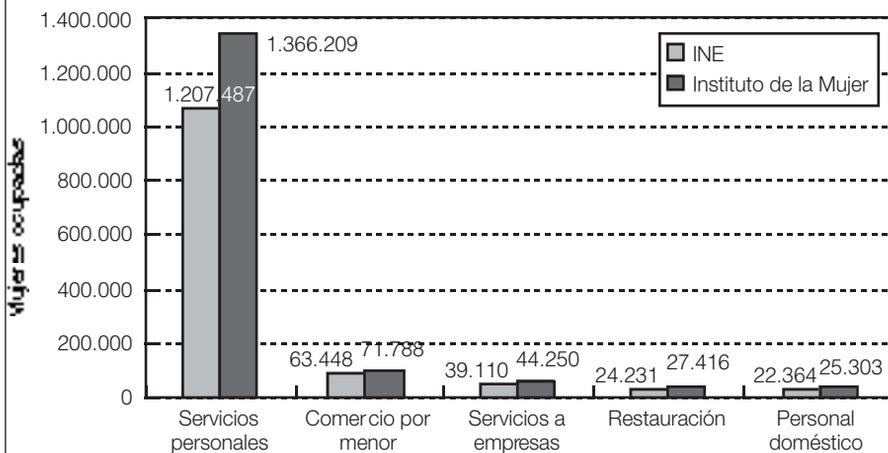
Por su parte, si la actividad de cuidados a dependientes realizada por mujeres aflorara a la superficie se obtendría un incremento del PIB valorado en más de 40.000 millones de eu-

ros de acuerdo con la Encuesta del INE, que se convierten en 45.300 millones si la encuesta utilizada es la del Instituto de la Mujer. Estos resultados suponen porcentajes relevantes si se comparan con el **PIB** de España, que en el año 2006 alcanzó los 980.954 millones de euros (datos provisionales de Contabilidad Nacional, INE). Tales porcentajes se mueven en una horquilla del **4,1%-4,62%** en función de la encuesta utilizada.

Los resultados sobre el empleo son aún más relevantes. De acuerdo con los cálculos efectuados, se estima que si la actividad de esas cuidadoras informales a dependientes aflorase al sector formal, se conseguiría un **aumento de empleo cifrado entre los 1,6 millones y los 2 millones de mujeres a tiempo completo** (1.609.644 ocupadas de acuerdo con la Encuesta del INE y 1.821.228 en el caso de la Encuesta del Instituto de la Mujer). Esos resultados implican posibilidades de creación de empleo extraordinariamente relevantes, dado que esas cifras suponen un 8% si se toma como referencia la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE, y un 9,05% si se utiliza la Encuesta de los Usos del Tiempo del Instituto de la Mujer. Si se toma como referencia para el cálculo exclusivamente la cifra de ocupadas en 2006, el porcentaje aumenta sensiblemente hasta suponer aproximadamente 20% de acuerdo con la Encuesta del INE y un 22,7% de acuerdo con la del Instituto de la Mujer.

Por otra parte, el gráfico 7 muestra el *ranking* de las cinco ramas de actividad que se benefician en mayor medida de la creación de empleo en el sector de los cuidados informales a personas dependientes. Como se puede apreciar, la gran mayoría de los empleos se crearían en la rama de actividad de servicios personales, esto es, aquella responsable del efecto directo (56). De hecho, tres de cada cuatro empleos se crearían en esta rama de actividad (1.207.487 si se utiliza como referencia la Encuesta del INE, y 1.366.209 si se utiliza la del Instituto de la Mujer).

GRÁFICO 7
LAS RAMAS DE ACTIVIDAD CON MAYOR CRECIMIENTO DEL EMPLEO. CUIDADOS
INFORMALES A DEPENDIENTES



[Fuente: Elaboración propia]

Por detrás de los Servicios personales, aunque a una distancia muy sustancial, la segunda rama de actividad en importancia es Comercio al por menor (responsable de 63.488 y 71.888 nuevos empleos en la Encuesta del INE y el Instituto de la Mujer respectivamente), Servicios a empresas (39.110 y 44.250), Restauración (24.231 y 27.416), y Personal doméstico (22.364 y 25.303 ocupados).

Un fenómeno que no ha sido abordado de forma explícita en la evaluación económica de los cuidados a dependientes es el de aquellas mujeres que ejercen su actividad de cuidados a dependientes en situación irregular en el sentido de que, pese a obtener una retribución, trabajan al servicio de las familias sin contrato ni cobertura social. Como se puede deducir, esa condición de irregularidad explica las extraordinarias dificultades de cuantificación de este colectivo.

4. El caso particular de las cuidadoras en régimen irregular

En este contexto, se ha procedido a efectuar una estimación aproximada del alcance del empleo irregular en el ámbito de los cuidados a dependientes vinculados al trabajo realizado en los hogares por parte de las mujeres. Para ello, y siguiendo la metodología utilizada por el Centro de Estudios Económicos Tomillo

(2005) en el estudio para el Instituto de la Mujer (57), se ha comparado el empleo femenino en la rama de actividad de “Hogares que emplean personal doméstico” de la EPA (año 2006), con el número de mujeres afiliadas a la Seguridad Social en dicho año.

La obtención de esa cifra ha exigido una serie de cálculos intermedios que ha supuesto, por una parte, la depuración de las cifras para tener en cuenta el fenómeno de la pluriactividad. La pluriactividad se produce cuando una persona tiene más de un trabajo y está dada de alta por ellos en el Sistema de la Seguridad Social, de tal forma que esa persona será contabilizada dos veces en el registro de Trabajadores Afiliados en Alta Laboral, mientras que en la EPA se registrará como una persona ocupada con dos trabajos.

Por otra parte, la cifra de mujeres ocupadas en hogares se ha calculado sólo teniendo en cuenta las trabajadoras que han trabajado más de 72 horas al mes y al menos 12 días del mismo, es decir, las que estrictamente tienen obligación de cotizar para poder obtener una base de comparación similar en relación a los datos del Registro de Afiliaciones. Si se tuvieran en cuenta al realizar el cálculo también las exentas (trabajadoras técnicamente dentro de la regularidad pero en situación muy próxima al empleo oculto o informal), el número de ocupadas se elevaría hasta las 693.500 (año 2006) y no las 497.752 que se han tomado en cuenta.

TABLA 47
CÁLCULO DEL EMPLEO IRREGULAR EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS

	Afiliados a la Seguridad Social (2006)			Afiliados a la Seguridad Social Mujeres		
	Ocupadas EPA (2006)+ (1)	Ambos sexos (2)	Pluri activos (3)	depurados (2006) (4)=(2)-(3)	afiliadas a la Seguridad Social (5)	Empleo irregular (6)=(1)-(5)
Hogares que emplean servicio doméstico	497.752	371.100	3.384	367.716	316.236	118.517
Trabajadores dedicados al cuidado de personas y asimilados*	—	—	—	—	—	27.590

Nota: [4] es igual a [2]-[3]; [5] es igual a [4] * porcentaje de situaciones que generan obligación de cotizar correspondiente a mujeres; + Sólo figuran las ocupadas que dedican al menos 72 horas al mes y por lo tanto tienen obligación/derecho de estar afiliadas a la Seguridad Social; * excepto auxiliares de enfermería

[Fuente: Elaboración propia a partir de EPA, INE y Afiliación de Trabajadores al Sistema de Seguridad Social, MTAS].

Así, el empleo irregular femenino en la rama de hogares que emplean servicio doméstico ascendió a 118.517 en 2006, cifra que resulta de restar las ocupadas que trabajan más de 72 horas mensuales en el sector de acuerdo con la EPA, y las mujeres afiliadas a la Seguridad Social en dicho sector. No obstante, ésta no es la cifra de cuidadoras irregular. La cifra final de empleo de cuidados a dependientes que se ha obtenido ha ascendido a 27.590 mujeres ocupadas (58), cifra que surge como consecuencia de aplicar al resultado de mujeres afiliadas a la Seguridad Social dentro de la rama de hogares que emplean servicio doméstico un 15,2%, que, de acuerdo con los microdatos de la EPA, constituye el porcentaje de mujeres que se dedican al cuidado de personas y asimilados dentro de esta rama de hogares (EPA, INE, 2006)

Para la valoración económica de este empleo irregular ha sido necesario despejar dos incógnitas:

- Estimar el número de horas medio que dedican estas empleadas en situación irregular a estas tareas. A este respecto, en el análisis de CEET se estima que el número de horas medio de las empleadas del hogar en el ámbito irregular es de 19 horas, sensiblemente por debajo de las 31 horas que dedican las empleadas regulares. Es precisamente el marco de flexibilidad que les brinda este trabajo, y que les permite compatibilizar la obtención de ingresos y la atención al hogar y/o a su familia, lo que explica su deriva hacia la irregularidad.
- El salario hora de estas empleadas, que se sitúa en torno a 9 euros/hora.

Considerando todo ello, el valor económico de ese empleo irregular se aproxima a una cifra de **226,46 millones de euros** (59). Ese es, por tanto, el efecto directo en términos tanto de producción efectiva, valor añadido bruto y producto interior bruto. La coincidencia de las tres variables se explica por la ausencia de consumos intermedios (diferencia entre producción efectiva, por un lado, y VAB y PIB, por otro), y de brechas impositivas (que da cuenta de diferencias entre el PIB y el VAB).

Si se aplica la metodología input output para obtener los efectos indirecto e inducido (lo que ha exigido asignar esa cifra a la rama de hogares que emplean servicio doméstico),

las cifras totales se elevan hasta los **229,72 millones de euros**. Como se puede apreciar, el alcance de estos efectos es bastante limitado, dado que la capacidad de arrastre de esta rama de hogares es muy discreta, así como los efectos que se derivan de las mayores posibilidades de consumo activados como consecuencia de los incrementos de la producción efectiva.

Notas

(43) Aragón, Jorge; Cruces, Jesús y Rocha, Fernando (2007), Op. Cit. Pág. 106

(44) De hecho, además de esos dos convenios estatales, existen diecinueve convenios colectivos de ámbito sectorial autonómico, ocho convenios de ámbito sectorial provincial y cuarenta y cinco convenios de empresa. Pág. 109

(45) De hecho, se habla de cuidadores y no de profesores cuando la edad de los niños y las niñas se sitúa entre los 0 y los 3 años. Pág. 109

(46) El País, lunes 12 de febrero de 2007, p. 44. Pág. 110

(47) Martínez, María Isabel y Villagómez, Elisabeth, (2001): "Mujeres y nuevos yacimientos de empleo en Andalucía", Boletín Económico de Andalucía, N° 30, 2001, págs. 99-116. Pág. 111

(48) La Encuesta de Presupuestos del Tiempo del País Vasco antes citada constituye la primera en la que se utilizó la metodología del diario de actividades. Pág. 114

(49) Comunidad de Madrid (2005): La Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado en la Comunidad de Madrid, Dirección General de la Mujer, Consejería de Empleo y Pág. 115.

(50) En efecto, ambas encuestas pueden desagregarse regionalmente. Pág. 116

(51) La Encuesta dispone igualmente de información por actividad principal con un nivel de desagregación superior (a dos dígitos). En ese caso, las categorías de cuidado de niños y de personas adultas aparecen desagregadas. No obstante, con objeto de hacer más operativos los cálculos, se han utilizado los datos para la categoría conjunta de cuidado de niños y personas adultas. Pág. 117

(52) Ello ha supuesto extrapolar la muestra de la Encuesta al total de la población, lo que, dado el amplio alcance de la misma, es perfectamente válido desde un punto de vista estadístico. Pág. 117

(53) Los cuatro sub grupos son los siguientes: Subgrupo 1: Personal titulado de grado superior; Subgrupo 2: Personal titulado de grado medio; Subgrupo 3: Personal docente y Subgrupo 4: Personal técnico y auxiliares. Pág. 124

(54) En concreto, el paso del salario base al salario bruto se lleva a cabo computando los complementos salariales, los pagos por horas extraordinarias y las pagas extraordinarias. Pág. 125

(55) En concreto, el carácter no simétrico de la Tabla implica la imposibilidad de obtener la matriz de Leontief, que constituye la base para el cálculo de los efectos indirectos e inducidos. Pág. 127

(56) El importante papel asumido por los servicios personales justifica que el ranking esté formado por cinco ramas de actividad y no por diez, dado que la representatividad del resto de ramas (las que ocuparían los puestos seis a diez) es muy limitada. Pág. 138

(57) Centro de Estudios Económicos Tomillo (2005): Op. Cit. 42. Pág. 140

(58) Por su parte, el Libro Blanco estima que la instauración del Sistema Nacional de Dependencia tendrá, como uno de los efectos más relevantes el afloramiento de una bolsa de empleo sumergido que puede estimarse, en el horizonte de 2010, en unos 80.000 puestos de trabajo (Capítulo X, pág. 31). Pág. 141

(59) La cifra se obtiene de multiplicar el número de semanas que tiene un año con excepción de un mes estimado de vacaciones (48), por el número de horas medias a la semana (19), por el salario/hora y por las 27.590 ocupadas. Pág. 141

*Conclusiones
del estudio*

VI

1. El presente: un rasgo de género. La feminización del cuidado o el círculo del cuidado

Como recordatorio: el perfil de las personas que cuidan

En la tabla que sigue a continuación se resume el perfil de los tres modelos principales de personas cuidadoras que se ha valorado en este estudio. El análisis detallado de sus características ha permitido descubrir que en los tres casos estudiados –cuidadoras informales, cuidadoras formales/profesionales, y cuidadoras formales/no profesionales– es en las mujeres en quienes recae mayoritariamente esa tarea del cuidado.

TABLA 48
PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS CUIDADORAS INFORMALES Y FORMALES

Cuidadora informal	Cuidadora formal/profesional	Cuidadora formal/no profesional
-Mujer	-Mujer	-Mujer
-> de 50 años	-20-30 años	-Inmigrante
-Casada con hijos	-Soltera sin hijos	-30-40 años
-Estudios primarios	-Diplomatura en Enfermería	-Soltera y sin hijos
-Sin ocupación laboral remunerada (no puede trabajar porque se dedica al cuidado)	-En la titulación no se ofrece la suficiente formación	-Nivel de estudios medio (y a veces superior)
-Hija cuidadora de su madre	-Hace falta formación continua	-Idea de volver a su país de origen
-Dedicación permanente al cuidado	-Elegió esta profesión por vocación	-Motivo de proyecto migratorio: encontrar mejor trabajo
-Aprendió a cuidar por intuición y observando a las profesionales del cuidado	-No cambiaría de trabajo	-Trabajo como cuidadora: no es vocacional
-No recibe ninguna ayuda	-Su trayectoria profesional se circunscribe al cuidado	-Cuida a niños/as pequeños/as y personas mayores
-Cuida por razones morales, con abnegación	-Piensa que su trabajo no está reconocido socialmente	-En su país de origen tenía otra profesión
-Cuidar le afecta física, económica y emocionalmente y también condiciona su vida relacional.	-Económicamente sí es un trabajo bastante bien retribuido	-No se reconoce su trabajo socialmente
-Piensa que su labor no está reconocida socialmente	-Altas cotas de temporalidad	-Económicamente, la retribución depende de cómo valore la familia del dependiente el trabajo de cuidador.
-Viven situaciones económicas difíciles.	-Es un trabajo que cansa física y emocionalmente	-Hace falta más formación para el cuidado
-Piensa que hacen falta más ayudas.	-Deberían existir más ayudas institucionales	-Hacen falta más ayudas
	-No se aprovechan los escasos recursos que existen	

[Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental y del trabajo de campo]

La feminización del cuidado o el círculo del cuidado

A partir de los datos extraídos durante el estudio se constata que los cuidados alcanzan una proporción de escenario colectivo por la gran cantidad de personas necesitadas de cuidados, de personas que les cuidan y por todos los efectos que esta relación de ayuda conlleva. Por eso se convierten también en un factor de tipo social que además se circunscribe, casi en su práctica totalidad, a la población de mujeres.

En efecto, por un lado, y según se ha comprobado en el capítulo dedicado a las personas que necesitan de cuidados, se observa que son las mujeres quienes más los requieren. Así, en la definición del perfil de personas dependientes o con falta de autonomía, el 58% de las personas en esta situación son mujeres, según datos extraídos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud elaborada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 1999, que no obstante da sólo cobertura a aquellos dependientes que lo son como consecuencia de una discapacidad.

Según la misma encuesta, es en las edades más altas donde las mujeres comienzan a experimentar estas discapacidades y/o deficiencias coincidiendo con su envejecimiento. Así, es a partir de los 70 años cuando el porcentaje de mujeres dependientes se incrementa por encima del de hombres en esta misma situación. El hecho de que son más las mujeres dependientes también puede reflejarse en el porcentaje de ayuda que requieren hombres y mujeres; así, un 64,3% de ellas necesitan esa ayuda y un 35,7% de ellos necesitan de cuidados. La razón más evidente de que las mujeres alcancen situaciones de dependencia en más casos que los hombres, puede relacionarse con la mayor esperanza de vida femenina. De hecho, ellos viven –por lo general– hasta los 77 años y ellas hasta los 84.

Es en este punto donde aparece la otra cara de la feminización del cuidado. Al hecho de que la mayoría de las personas dependientes que necesitan de atenciones son mujeres, se une que, además, también son mujeres las que se dedican mayoritariamente al cuidado informal de sus familiares en situación de dependencia.

Dentro del grupo de personas que más cuidan destacan las hijas que se ocupan de sus madres en un 57,2% de los casos, y en segundo lugar las mujeres que cuidan a sus esposos, en un 16,8% de los casos.

El “círculo vicioso” que provoca la feminización de las tareas de cuidado sucede cuando estas mujeres cuidadoras llegan a la edad de ser ellas quienes necesiten de esas atenciones. Por un lado, estas mujeres cuidadoras no van a poder recibir el apoyo de sus familiares (lo que también lo demuestran las cifras, ya que un 6,3% de las mujeres que necesitan la ayuda no la reciben, frente a un 5,9% de los hombres que necesitan cuidados y tampoco los reciben), porque en el caso de que tengan esposo no van a poder contar con las atenciones de éste ya que también suele suceder que, precisamente por esa diferencia en la esperanza de vida, cuando las mujeres empiezan a ser dependientes alrededor de los 70 años sus maridos se encuentran en una situación de mayor dependencia o incluso pueden haber fallecido, y entonces ellas sólo podrán recibir, en algún caso, los cuidados de sus hijas. Es entonces cuando estas hijas reproducen el mismo papel de sus madres y se ven inmersas en el mismo círculo de cuidados. También puede suceder que las hijas cuiden de sus madres por iniciativa propia independientemente de la salud del cónyuge. El caso es que, por una razón o por otra, las mujeres acaban responsabilizándose de los cuidados de sus familiares.

El problema se incrementa, además, cuando estas mujeres en situación de dependencia, al margen de no poder recurrir a la ayuda informal de los suyos, tampoco disponen de los recursos institucionales, porque en casi la práctica totalidad de los casos se trata de mujeres que no han contado con un trabajo remunerado, precisamente por dedicarse toda su vida al cuidado de los suyos, y tendrán pensiones más reducidas (60). Y así es como se produce la feminización del cuidado en su doble vertiente: el de la persona cuidada y el de la persona cuidadora.

En todo caso, no es sólo en el ámbito del cuidado informal donde se reproducen los esquemas patriarcales del cuidado –que posiciona a las mujeres en el ámbito privado de lo familiar, el cuidado de los hijos y las tareas domésticas y que convierte a las mujeres en el sujeto protagonista de las tareas relativas al cuidado a partir de todo un proceso de socialización y de educación al que muchas de ellas se ven abocadas–. Según las cifras consultadas para la realización de este estudio, las profesiones más relacionadas con el cuidado de las personas con discapacidad y/o en situación de dependencia, y que suelen ser las de la rama sanitaria, están ocupadas mayoritariamente por mujeres (61).

Igual sucede en el caso de las cuidadoras formales no profesionales que a veces están empleadas de forma irregular, ya que son ellas (más que ellos), quienes se ocupan del cuidado de las personas dependientes (62).

A este respecto, en la tabla 49 se muestra la cuantificación de mujeres cuidadoras en el ámbito formal, informal y la aproximación a la cuantificación de cuidadores en régimen irregular, así como el cálculo del porcentaje de cuidadores (hombres) respecto al total de personas cuidadoras.

	Número de cuidadoras	Porcentaje de cuidadores (hombres) respecto al total de personas cuidadoras
TABLA 49		
RESUMEN DE LA CUANTIFICACIÓN DE LAS CUIDADORAS FORMALS E INFORMALES Y COMPARACIÓN CON LOS HOMBRES		
Cuidado formal		
Cuidadoras formales (según percepción del cuidado del LBD):	99.484	12,3%
– Residencias/ Centros de Día/ Ayuda a Domicilio	76.888	—
– Centros Discapacidad	22.796	—
Cuidadoras formales (menores 3 años):	93.138	24%
– Centros Educación Infantil 1ª etapa	42.260	—
– Cuidadoras profesionales hogar	50.878	—
TOTAL Cuidadoras formales	192.622	17,96%
Cuidado informal		
Cuidadoras informales de acuerdo con la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE	5.918.948	27,89%*
Cuidadoras informales de acuerdo con la Encuesta de Uso del Tiempo del IM	5.283.230	31,04%*
Cuidado irregular	27.590	—
(*) El porcentaje de cuidadores (hombres) respecto al de cuidadoras (mujeres) se ha obtenido ponderado por la dedicación a las tareas de cuidado en cada caso. [Fuente: Elaboración propia]		

En relación al cuidado formal, el número total de cuidadoras es cercano a los 200.000 (en concreto 192.622), de las cuales aproximadamente el 51% son cuidadoras contempladas desde la perspectiva de los cuidados a dependientes más tradicional, que es la que se adopta en el *Libro Blanco de la Dependencia*. El 49% restante corresponde a las mujeres cuyos cuidados formales recaen sobre niños menores de 3 años que, por sus niveles limitados de autonomía, son introducidos igualmente dentro de la categoría de personas dependientes.

El cuidado a dependientes realizado en situaciones de carácter irregular ha sido objeto de una aproximación en este estudio, lo que ha exigido, después de unas depuraciones previas, comparar los resultados de ocupación de la EPA y las afiliaciones a la Seguridad Social. De esa aproximación se deriva una cuantificación de cuidadoras en régimen irregular cifrada en torno a 27.000 mujeres ocupadas.

El cuidado informal es, a la luz de los resultados obtenidos, mucho más relevante, por cuanto origina una cuantificación de mujeres cuidadoras muy significativa, que está por encima de los cinco millones cuando se utiliza la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE para los cálculos (en ese caso se aproxima a los seis millones), y también cuando se usa la Encuesta de Uso del Tiempo del Instituto de la Mujer. Lógicamente, esa cuantificación delimita el colectivo de mujeres que, a lo largo de un día cualquiera, realiza algún tipo de actividad relacionada con el cuidado (ya sea a niños o a adultos), pero no precisa el tiempo dedicado en cada caso. En consecuencia, debe evitarse la comparación directa de los resultados en el ámbito formal e informal, porque en cada caso aluden a realidades distintas. El tratamiento de las Encuestas de Tiempo, que calcula el número de horas totales dedicadas a estas tareas y su posterior monetización, hacen posible homogeneizar los resultados y hacerlos relativamente comparables.

La anterior tabla número 49 ilustra en gran medida la feminización del cuidado, ofreciendo cifras concretas del número de mujeres cuidadoras (tanto en el ámbito formal, informal como una aproximación a la cuantificación de cuidadores en régimen irregular), y un cálculo del alcance que tienen los cuidados a dependientes realizados por cuidadores (hombres) respecto al total de personas cuidadoras. La cuantificación del número de cuidadores se ha obtenido en el estudio como paso previo a la valoración económica de los cuidados.

En relación a la segunda de las columnas que se muestra en la misma tabla, los resultados del estudio ratifican el alto grado de feminización de los cuidados a dependientes, tanto en el ámbito formal como en el informal. En el ámbito formal, el porcentaje de cuidadores (hombres) respecto al total de personas cuidadoras está por debajo del 20% (en concreto, un 17,96%), siendo especialmente limitado cuando se trata de cuidados formales tal y como se contemplan en el *Libro Blanco de la Dependencia*, en cuyo caso se sitúa tan sólo levemente por encima del 12%.

El peso relativo de los hombres cuidadores respecto al total de personas cuidadoras en el ámbito informal es algo más elevado de acuerdo con los cálculos efectuados, lo que puede explicarse fundamentalmente por el hecho de que los cuidados a niños (tal y como aparece en las Encuestas de Empleo del Tiempo), se han introducido como categoría de cuidados a dependientes en el contexto de este estudio. En efecto, los cuidados a los niños están tradicionalmente algo más repartidos entre hombres y mujeres. Con todo, las mujeres desempeñan en mayor medida las tareas de cuidados informales de acuerdo con los resultados del estudio, puesto que los hombres representan alrededor de un tercio de las personas cuidadoras informales (27,89% de acuerdo con la Encuesta de Empleo del tiempo del INE y el 31,04% de acuerdo con la Encuesta de Uso del Tiempo del Instituto de la Mujer).

Como se ha comentado, la cuantificación del número de cuidadoras ha constituido el punto de partida para la valoración económica de los cuidados a través de su monetización. A este respecto, la tabla 50 resume los principales resultados relativos a la valoración económica del cuidado a dependientes (tanto formales como informales), realizados por mujeres y mostrados en términos de su peso relativo con respecto a dos variables económicas fundamentales: el PIB y el empleo.

Esa valoración económica ha implicado la aplicación de la metodología *input output* para tener en cuenta, adicionalmente a los efectos directos, los efectos indirectos e inducidos derivados del cuidado. Los efectos indirectos dan cuenta de los efectos de dinamización que los cuidados a dependientes generan sobre otros sectores productivos y que se explican por las necesidades de incorporación de insumos productivos que ostentan estos cuidados para poder hacerse efectivos. Algunas de las tareas que se beneficiarían indirectamente en mayor medida son las relacionadas con el mantenimiento, limpieza, vigi-

lancia, hostelería, restauración o personal doméstico, además del comercio al por menor, particularmente en los ámbitos más relacionados con las tareas del cuidado, como las ayudas técnicas, el instrumental sanitario, etc. Por su parte, los efectos directos se explican por las mayores posibilidades de consumo derivadas del incremento de empleo generado.

Los resultados revelan un peso económico muy relevante de la actividad de cuidados realizada por mujeres. Respecto a los cuidados en el ámbito formal, el peso relativo se sitúa en el 0,35% del PIB de España en 2006 y aproximadamente el doble (un 0,7%) si la referencia es el empleo. Aun siendo estos resultados apreciables, resultan discretos cuando se comparan con los obtenidos en el ámbito informal, ya que en ese caso los porcentajes que representan respecto al PIB y al empleo resultan mucho más elevados. En efecto, suponen más del 4% del PIB nacional en 2006 (4,08% según datos del INE y 4,62% según el Instituto de la Mujer), y entre el 8% y el 9% del total del empleo en España en idéntico año, porcentajes éstos últimos que se elevarían por encima del 20% si el referente de comparación fuese el total del empleo femenino en España.

TABLA 50
RESUMEN DE LA VALORACIÓN ECONÓMICA DE LOS CUIDADOS FORMALS E INFORMALES A PERSONAS DEPENDIENTES

Cuidado formal	
PIB	Porcentaje respecto PIB España
Efectos totales	0,35%
Empleo	Porcentaje respecto empleo España
Efectos totales	0,7%
Cuidado informal	
PIB	Porcentaje respecto PIB España
Efectos totales. Encuesta INE	4,08%
Efectos totales. Encuesta IM	4,62%
Empleo	Porcentaje respecto empleo España
Efectos totales. Encuesta INE	8%
Efectos totales. Encuesta IM	9,05%

[Fuente: Elaboración propia]

En definitiva, las cifras obtenidas atestiguan el importante valor económico que ostenta la realización de las tareas de cuidado a personas dependientes, especialmente en lo referente al ámbito informal, y ponen de manifiesto la oportunidad que supone su consideración como una fuente de creación de empleo y riqueza en las sociedades avanzadas.

Acontecimientos sociales que precipitan el cambio del modelo de cuidados.

Ante este actual contexto de cuidados descrito, se presenta un futuro de cambios en la sociedad (algunos de los cuales ya se vienen produciendo desde hace tiempo), a los que también el modelo predominante de cuidados va a tener que adaptarse.

Estos cambios sociales relacionados con el terreno de los cuidados y las protagonistas de esos cuidados, son:

- Cambio del rol históricamente asignado a las mujeres.
- Cambio de la estructura tradicional de las familias.
- Aumento progresivo del envejecimiento de la población.

Así, teniendo en cuenta este cambio que se proyecta sobre el nuevo rol de las mujeres y sin perder de vista la realidad de hoy en día, se presenta un escenario paradójico: el aumento de las personas en situación de dependencia por el progresivo aumento de personas ancianas (envejecimiento de la población) y la imposibilidad de seguir sustentando la estructura de cuidados informales tal y como se plantea en la actualidad, es decir, inserta en la familia, que ya no es capaz de ejercer su papel de institución cuidadora debido a la caída de la fecundidad y a la progresiva incorporación de las mujeres en el mercado laboral. Así, los datos indican que desde hace tiempo ha disminuido el número de potenciales cuidadoras establecido en torno a las mujeres de entre 45 y 69 años.

2. El futuro: a la búsqueda de un nuevo paradigma en el modelo de cuidados

TABLA 51
EVOLUCIÓN DE LA PRESENCIA DE CUIDADORAS INFORMALES

1960	1990	1998
2,8%	1,53%	1,27%

[Fuente: Libro Blanco de la Dependencia, 2004]

Además, los modelos de familia que hoy se conocen no son la familia amplia y homogénea de antes, así que es necesario redefinir esta estructura de los cuidados desde un planteamiento distinto de lo que es el concepto de familia, como estructura más plural, en las que sí existe como rasgo común la fuerte demanda de autonomía individual y otra forma de gestionar los afectos de la solidaridad familiar.

Posibilidades para la construcción del cambio

Lo que se va a hacer en este punto es exponer una serie de reflexiones que proponen un cambio de perspectiva y hasta de paradigma, que supone un giro de ciento ochenta grados en la visión que hoy se impone. Este nuevo punto de vista consiste en situar a la mujer como variable independiente (63) en este escenario en el que ahora actuamos. Se trata de transformar la relación entre los conceptos “femenino” y “dependencia” que parece conducir invariablemente al término “cuidados”.

Este cambio de perspectiva anima a elaborar un instrumento de empoderamiento de las mujeres a partir de este cambio en la consideración de su rol habitual que, además, las ha situado en una posición a la vez ambigua y contradictoria, teniendo que ser mujeres tradicionales pero a la vez modernas en un Estado del Bienestar que les obliga a incorporarse al mercado de trabajo para afrontar los desafíos que el mismo plantea, pero que a la vez les impone convertirse en la solución de fenómenos como el del envejecimiento de la población lo que las fuerza a olvidarse de –o minimizar– su presencia en el mercado de trabajo para dedicarse a las tareas de cuidado.

Todo esto implica alteraciones: cambios laborales, sociales, económicos, etc., y, por supuesto, cambios en la sensibilización sobre el tema, empezando por la consideración del cui-

dado no como un problema relegado al ámbito privado –porque si sigue siendo así seguirá considerándose como una cuestión de responsabilidad de las mujeres–, sino como un problema social de ámbito público; es la llamada **“socialización del cuidado”**. Alcanzar este punto podría conducir a un replanteamiento de las actuales políticas sociales y de la necesidad de una infraestructura que apoye a la mujer en su independencia, o por lo menos en la conciliación de su tarea de cuidadora con su propia vida personal.

El consiguiente incremento de las ayudas públicas e institucionales que se derivan posiblemente de la aplicación del Sistema Nacional de Dependencia debería dirigirse hacia los colectivos más directamente implicados en el posible escenario de dependencia: las personas cuidadoras y también las necesitadas de cuidados, ya que aportando más recursos públicos a las personas dependientes la tarea de sus cuidadores informales podría reducirse o simplificarse. Y en cuanto a las ayudas a las cuidadoras informales hay que reconocer que hoy por hoy son muy necesarias, porque no se puede obviar la realidad del importante número de cuidadoras informales que actualmente proporcionan cuidados de primera necesidad a sus familiares dependientes. Esto es: ofrecer una ayuda económica a estas mujeres, por un lado quizá pueda reproducir el modelo informal de cuidados, pero el factor positivo es que esa ayuda puede considerarse como una remuneración económica, como un “sueldo” o parte del mismo, que supone de alguna manera un reconocimiento de ese trabajo en la sombra que realizan estas mujeres.

Asimismo, y si se cumplen esas previsiones de una reducción del número de mujeres cuidadoras informales, esas ayudas públicas que debe aportar la sociedad se hacen, si cabe, más indispensables.

En cualquier caso, ya sea porque el número de cuidadoras informales siga siendo el que es o porque se reduzca, las ayudas institucionales parecen imprescindibles. Y es aquí donde surge una de las grandes dudas: ¿cómo hacer frente desde las Administraciones Públicas a ese coste que va a suponer proporcionar un nuevo “sueldo” a todas esas cuidadoras informales?

Además de estas ayudas económicas que facilitan la tarea de las cuidadoras informales que “no tienen más remedio” que

ejercer dicha labor, también es importante la presencia de nuevos recursos técnicos, de infraestructuras y de personal profesional. Todo ello puede promover que la cuidadora informal tenga más oportunidades y facilidades de optar a un trabajo fuera del hogar y al margen de las tareas de cuidado de su familiar dependiente; así parece que existen más posibilidades de reducir la presencia o por lo menos los efectos más negativos del cuidado informal para las mujeres que lo desempeñan.

Toda esta labor que implica esa “**socialización del cuidado**” va asociada lógicamente a un cambio de mentalidad que consiste en considerar el cuidado como un asunto público.

Además de la socialización del cuidado, otro camino posible para adecuar un modelo del cuidado más responsable hacia las personas que lo ejercen –especialmente las mujeres– puede emprenderse a través de la “**profesionalización de los cuidados**”, tanto del aspecto formal como desde el informal. Desde el cuidado informal, esa profesionalización puede darse a través de la formación reglada u ocupacional en cuidados, ya que muchas veces se requiere de conocimientos y técnicas muy específicas para poder desempeñar esos cuidados de forma óptima y en las condiciones apropiadas. Esa profesionalización también se complementa a través del reconocimiento social y económico de dicha tarea, y que ya se ha tratado anteriormente.

Desde el cuidado formal, la idea se basaría en el incremento de profesionales dedicados al cuidado de los dependientes, que además supondría una “solución” para las cuidadoras informales, como hemos visto, y también aportaría puestos de trabajo para profesionales formados en esta especialidad. A la vez que se fomenta la profesionalización del cuidado formal convendría animar a que fueran hombres los que empezaran a ejercer dichas profesiones, porque de otra manera podrían reproducirse los mismos esquemas de feminización del cuidado formal que hasta ahora parecen predominar.

De hecho, otra forma de fomentar el cambio de significado en el actual concepto feminizado del cuidado es educar en la igualdad y **promover la participación masculina en el cuidado**, tanto formal como informal, de las personas dependientes con una idea: “personas dependientes o con falta de

autonomía podemos serlo todos/as”. Ello lleva de nuevo a la sensibilización de los y las jóvenes potenciales estudiantes y a inculcar el valor social y económico del cuidado desde las primeras etapas de la educación.

Con la implantación del Sistema Nacional de Dependencia, que requiere de la presencia de más profesionales (tanto mujeres como hombres), resulta necesario promover también la formación de estas personas. El concepto de “dependencia” y todo su contexto no parecen tratado, por lo general, de manera amplia en los contenidos formativos del sistema educativo español, y es únicamente en la Formación Ocupacional donde sí hay formación directamente relacionada con el cuidado de las personas con discapacidad.

En el *Libro Blanco de la Dependencia* en su capítulo II, título II, artículo 36, se apuesta por una mayor formación de los profesionales de los cuidados; de hecho, se defiende la profesionalización de los cuidados a través de una formación adecuada y de calidad, y se diferencia entre los tres grupos de cuidadores que en este estudio se han considerado: los formales, los informales, y los que se encuentran en una posición intermedia y que se denominan “profesionales especializados con cualificación específica”.

De esta forma, y para el cuidado formal, se establece que:

- “Se atenderá a la formación básica y permanente de los profesionales y cuidadores que atiendan a las personas en situación de dependencia. Para ello, los poderes públicos determinarán las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las funciones que se correspondan con el Catálogo de servicios regulado en el artículo 15”.
- “Los poderes públicos promoverán los programas y las acciones formativas que sean necesarios para la implantación de los servicios que establece la Ley”.

Sobre las y los cuidadores formales se hace hincapié en la necesaria revisión y homogeneización del currículo de los distintos programas de formación no reglada y de formación ocupacional.

En cuanto a los cuidadores informales, que incluye principalmente la familia, se explica que la formación ha de estar organizada en función del grado de intervención y la proximi-

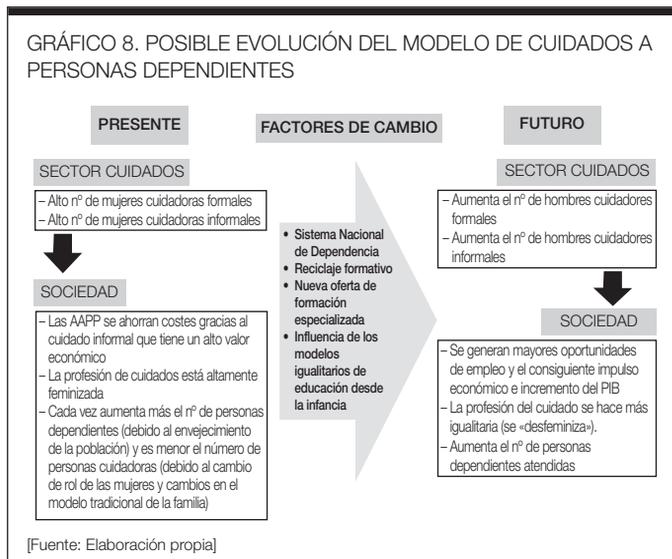
dad con la persona dependiente, y deben crearse, difundirse y ponerse en marcha programas de formación e información que incorporen códigos de buenas prácticas.

Finalmente, en el tercer grupo de los profesionales especializados con cualificación específica se considera también fundamental la revisión del currículo básico de las titulaciones universitarias implicadas en la atención de personas dependientes.

Así pues, a la vista de la actual oferta de formación reglada destinada al aprendizaje del cuidado de las personas con discapacidad y en situación de dependencia, parece necesario diversificar esta oferta, y además desarrollarla desde los principios de la coeducación, enseñando esa responsabilidad de todos y todas en la atención de las personas dependientes, reconocida la dependencia como asunto social y público.

3. A modo de conclusión

Haciendo de puente entre el análisis de la perspectiva actual que se ha llevado a cabo a lo largo de este estudio y la panorámica que ofrecen estas propuestas de futuro, la situación planteada en este último capítulo podría resumirse en el siguiente esquema gráfico:



Como puede observarse a lo largo de este capítulo de conclusiones, todo este proceso de búsqueda de un nuevo paradigma en el modelo de cuidado ha sido planteado desde una doble propuesta: la socialización del cuidado y la profesionalización del cuidado. También se ha asumido que el desarrollo de estas metas no es tarea fácil, ya que se puede caer en la reproducción inconsciente del modelo patriarcal de cuidados, tal es el caso –y el peso– con el que cuenta dicho modelo en la estructura social.

Estas dos posibilidades, evidentemente, no son las únicas. El reto está en buscar más propuestas entre las administraciones públicas y los agentes que promueven este emergente sector de actividad y tener en cuenta las más viables para tratar de formalizar un posible modelo de cuidado más respetuoso con las personas que lo desempeñan –en concreto las mujeres–, sin reducir la calidad de las atenciones prestadas a las personas dependientes, y teniendo en cuenta que las personas cuidadoras constituyen los cimientos en los que –por ahora– se apoya una realidad social cada vez más evidente y en proceso necesario de cambio: el cuidado de las personas dependientes y/o en situación de falta de autonomía.

Notas

(61) Mirar tabla 48. Pág. 148

(62) Mirar tabla 48. Pág. 149

(63) Según Rosa María Jiménez (2006) en “Visibilizando a las mujeres en los contextos de dependencia”. Comunicación y Ciudadanía. 2006. Pág. 154

Anexos



VII



Bibliografía



Anexo **1**



Aragón Jorge, Cruces, Jesús y Rocha, Fernando (2007): “Sector de la atención a la dependencia y negociación colectiva”. Informes y Estudios-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Banco de España (2008): “Situación actual y perspectivas de evolución de la población en España”. Boletín económico, febrero.

Casado Marín, David y López i Casanovas, Guillem (2001): “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro”. Fundación La Caixa, colección de Estudios Sociales, nº 6.

Centro de Estudios Económicos Tomillo (2005): “La presencia de las mujeres en el empleo irregular”, Instituto de la Mujer.

Comunidad de Madrid (2005): “La Cuenta Satélite del Trabajo No remunerado en la Comunidad de Madrid”. Dirección General de la Mujer, Consejería de Empleo y Mujer.

Cortina, Adela (1999): “La extinción de la mujer cuidadora”. EL PAÍS. Opinión – 23 de noviembre de 1999.

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Pekín): Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Reunida en Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995.

Díaz Jiménez, Rosa María (2006): “Visibilizando a las mujeres en los contextos de la dependencia”, Revista Comunicación y Ciudadanía.

Durán-Heras, María Ángeles y García Díez, Susana (2005): “Perfiles y tendencias. Boletín sobre el envejecimiento. “Presente y futuro del cuidado de dependencias en España y Alemania”.

El País, lunes 12 de febrero de 2007, pág. 44.

Emakunde (2007): “Las consecuencias del cuidado. Las estrategias de conciliación en la vida cotidiana de las mujeres y los hombres de la CAPV”.

Escobedo, Anna y Navarro, Lara (2007): “Perspectivas de desarrollo y evaluación de las políticas de licencias parentales y por motivos familiares en España y en la UE” Secretaría de Estado de Seguridad Social, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Forster, Margaret. (1994): “Los hombres primero” Ediciones B. Barcelona.

García-Calvente, María del Mar, Mateo-Rodríguez, Inmaculada y Maroto Navarro, Gracia (2004): “El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres”. Gaceta Sanitaria, mayo de 2004.

Gobierno de la Rioja (2005): "La importancia de un buen cuidador. Guía para cuidadores de personas dependientes". Colección Servicios Sociales. Cuaderno divulgativo, nº 12.

IMSERSO (2004): "Libro Blanco de la Dependencia".

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

IMSERSO (2005): "Cuidados a la Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar".

IMSERSO, "Encuesta sobre condiciones de vida de los mayores", varios años.

IMSERSO (2005): "Cuidados a la dependencia e inmigración".

IMSERSO (2007): "A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores". Encuesta del año 2006. Observatorio de Personas Mayores.

Instituto Andaluz de Estadística (2005): "Andalucía, dependencia y redes familiares".

Instituto de la Mujer (2006): "Encuesta de Usos del Tiempo, Estereotipos, Valores y Actitudes".

Instituto Nacional de Estadística (1999): "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud". IMSERSO y Fundación ONCE.

Instituto Nacional de Estadística (2004): "Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003". Julio.

Jiménez, Rosa María (2006): "Visibilizando a las mujeres en contextos de dependencia". Revista Comunicación y Ciudadanía.

Lagarde, Marcela (2003): "Mujeres Cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción" en SARE 2003 Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado". EMAKUNDE.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Ministerio de Educación y Ciencia. Anuario (2008): "Las cifras de la Educación en España", Oficina de Estadística.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO. (2004): "Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia en España".

Martínez, María Isabel y Villagómez, Elisabeth. (2001): "Mujeres y nuevos yacimientos de empleo en Andalucía", *Boletín Económico de Andalucía*, n° 30, págs.. 99-116.

Mondial Assistance. (2006): "Envejecimiento y Dependencia: una mirada al panorama futuro de la población española".

NOVOTEC (2006): "Estudio de las Necesidades Formativas de los Profesionales que prestan servicios de atención a la dependencia".

Pinazo, Sacramento y Ferrero, Cristina (2003): "Impacto social del acogimiento familiar en la familia extensa: el caso de las abuelas y los abuelos acogedores." Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

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

Rose y Miernyk (1989) y Miller y Blair (1985), en "Economic Systems Research"

Zabalegui, Adelaida et al. (2004): "Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática". *GEROKOMOS, Rincón científico. Revisiones*, 15 (4),

Zarapuz, Luis (2007): "Estudio del empleo en el sector de atención a las personas en situación de dependencia". En CC.OO.: "La calidad del empleo del nuevo sistema para la autonomía personal y la atención a los dependientes". Editorial Germania.

*Guiones de las
entrevistas en
profundidad*

Anexo **2**

1. Entrevista a cuidadoras formales

1. EDAD ¿Me podría decir su edad?

FORMACIÓN Y NIVEL DE ESTUDIOS

- ¿Qué estudios tiene usted?
- ¿Siempre quiso estudiar (...)?, ¿por qué?
- ¿Volvería a estudiar (...) o elegiría otra formación?
- ¿Considera que la formación que ha recibido es suficiente para la posterior labor del cuidado?

SITUACIÓN FAMILIAR Y ESTADO CIVIL:

- ¿Cuál es su estado civil: casada, soltera, divorciada, viuda...?
- ¿Tiene hijos/as?
- ¿Qué personas de su familia viven con usted?
- ¿Además de su trabajo como (...) tiene usted experiencia en el cuidado informal hacia un familiar, amigo...?
 - Si *sí*: ¿cómo logra compatibilizar su trabajo con su tarea de cuidado?
- Además del cuidado de esta persona dependiente, ¿debe hacerse cargo del resto de las tareas del hogar?, ¿recibe ayuda de otros familiares o profesionales contratados?

CONSIDERACIONES ACERCA DE SU PROFESIÓN, SITUACIÓN LABORAL Y TRAYECTORIA PROFESIONAL

- ¿En qué trabaja?
- ¿Por qué decidió dedicarse a este trabajo?
- ¿Le gusta su trabajo o tendría otra profesión?
- ¿Cree que su profesión está bien valorada socialmente?
- ¿Cree que está bien considerado económicamente su trabajo?
- ¿En tu lugar de trabajo hay más hombres o mujeres?
- ¿Qué cargo y ocupaciones tienen tus compañeros y compañeras?
- ¿Ha trabajado siempre como (...)?
 - Si *no*:
 - ¿En qué más ha trabajado?
 - ¿El resto de su (posible) trayectoria laboral está relacionada también con el cuidado?
- ¿Cuáles son las causas por las que se dedica a alguna forma de *cuidado* de manera profesionalizada?
- ¿Puede describir su trabajo en materia de cuidados?
- Si el trabajo que usted realiza lo hiciera un hombre, ¿piensa que lo haría mejor, peor ...? ¿cree que estaría mejor o peor pagado que usted?

- ¿Conoce otras mujeres el entorno profesional que se dediquen al cuidado?, ¿cuánto trabajan?, ¿cuánto ganan (más o menos)? (Tramos: menos de 1000 euros netos al mes, entre 1000 y 2000 euros netos al mes, más de 2000 euros netos al mes)
- ¿Qué tiempos de dedicación le supone?, ¿cómo es su jornada laboral?
- ¿Cómo diría que le afecta a usted su profesión en su estado físico y emocional (está más cansada, tiene dolores físicos...)?
- ¿Le afecta su trabajo en su vida privada? ¿en qué sentido?, ¿consigue “desconectar”?
- ¿Considera que las ayudas profesionalizadas a las personas con discapacidad y/o dependencia son suficientes?, ¿por qué?, si no son suficientes, ¿qué tipo de ayudas añadiría usted?
- ¿Qué ayudas precisa un profesional del cuidado para desempeñar su tarea en perfectas condiciones?, ¿es necesario ayuda institucional para estos profesionales?
- ¿Conoce el Sistema Nacional de Dependencia (Ley de Dependencia)? ¿qué opina?
[Si dice que no, posibilidad de contarle a grandes rasgos y que aporte una opinión genérica]

EDAD ¿Me podría decir su edad?

FORMACIÓN Y NIVEL DE ESTUDIOS

- ¿Tiene usted estudios?, ¿cuáles?
 - Si *sí*:
 - ¿Están relacionados con la tarea del cuidado?
 - ¿Volvería a estudiar lo que estudió?
 - ¿Se plantearía estudiar algo relacionado con las profesiones sanitarias?
 - Si *no*:
 - ¿Por qué no estudió?
 - ¿Le gustaría haber estudiado?, ¿el qué?
 - ¿Estudiaría algo relacionado con las profesiones destinadas al cuidado (médico, enfermera...)?
 - ¿Cómo aprendió a cuidar?

CONSIDERACIONES SOBRE SU SITUACIÓN FAMILIAR Y ESTADO CIVIL:

- ¿Cuál es su estado civil?
- ¿Tiene hijos/as?

2. Entrevista a cuidadoras informales

- ¿Qué personas de su familia viven con usted?
- ¿Cuál/es de estos familiares requiere de sus cuidados?

CONSIDERACIONES SOBRE LA TRAYECTORIA PROFESIONAL Y SITUACIÓN LABORAL

- ¿Tiene usted un trabajo remunerado, aparte de cuidar a su familiar?
 - Si *sí*:
 - ¿En qué trabaja?
 - ¿Está relacionado con el cuidado?, ¿de qué forma?
 - ¿Por qué trabaja usted fuera de casa además del trabajo de cuidado? (para vivir, para distraerse, para costear los costes del cuidado...)
 - ¿Cómo logra compatibilizarlos?
 - ¿Qué otros trabajos ha tenido usted?, ¿están relacionados con el cuidado?
 - ¿La tarea de cuidado le supone gastos extras de su sueldo?, ¿cuánto?
 - Si *no*:
 - ¿Por qué no trabaja usted fuera de casa?
 - ¿Le gustaría trabajar, en qué trabajo?
 - ¿Cómo piensa que podría compatibilizarlo?
 - ¿Tenía usted un trabajo remunerado que dejó por dedicarse al cuidado?
 - Si pudiera volver a su situación laboral anterior, ¿cómo lo haría?

CONSIDERACIONES SOBRE LA TAREA DEL CUIDADO

- ¿Cuánto tiempo lleva usted cuidando a esta persona?
- ¿Qué relación mantiene con la persona a la que cuida?
- ¿Con qué frecuencia ofrece usted cuidado?
- ¿Qué tipo de prestaciones brinda usted en su tarea de cuidado?
- ¿A qué actividad del cuidado dedica más tiempo y trabajo?, ¿cuánto?
- ¿Recibe usted ayudas de otras personas (familiares u otras personas contratadas)?, ¿qué tipo de ayudas y con qué frecuencia?
- ¿Puede compatibilizar el cuidado de esta persona con su tiempo libre y de ocio?, ¿cómo lo hace para lograrlo o qué podría hacer para conseguirlo?
- La dedicación al cuidado de esta persona, ¿cómo diría que le afecta a usted en su estado físico y en su estado de ánimo, se siente más cansada, tiene dolores físicos...?

- ¿Su dedicación al cuidado de su familiar afecta a su vida social o a otras facetas de su vida?, ¿en qué sentido, dónde lo nota...?
- Si el trabajo que usted realiza lo hiciera un hombre, ¿piensa que lo haría mejor, peor ...?
- Además del cuidado de esta persona dependiente, ¿debe hacerse cargo del resto de las tareas del hogar?, ¿recibe ayuda de otros familiares o profesionales contratados?
- ¿Recibe prestaciones y/o ayudas sociales para facilitarle la tarea del cuidado?, ¿qué tipo de ayudas?, ¿cómo se enteró de estas ayudas?
- ¿Cree que se informa lo suficiente de las posibles ayudas que pueden recibir las personas como usted?, ¿cómo podrían darse a conocer mejor?
- ¿Cómo cree que podrían incrementarse o mejorarse desde las administraciones públicas las ayudas a las personas que cuidan a otras?
- ¿Piensa que la tarea de cuidado como la que usted lleva a cabo debería remunerarse económicamente?
- ¿Cómo cree que debería valorarse ese supuesto salario y de qué cifras hablaríamos, aproximadamente?
- ¿Conoce el Sistema de Atención a la Dependencia (Ley de Dependencia)?, ¿qué opinión le merece?
[Si dice que no, posibilidad de contarle a grandes rasgos y aporte una opinión genérica]
- ¿Qué perspectiva de futuro le augura usted a este contexto de discapacidad/dependencia y *cuidados informales*?
- ¿Conoce a gente de su entorno en su misma situación? ¿más hombres o más mujeres?, ¿dedican más o menos tiempo que usted al cuidado?

EDAD ¿Me podría decir su edad?

PAIS DE ORIGEN

- ¿Cuál es su país de origen?
- ¿Hace cuánto llegó a España?
- ¿Para qué vino?
- ¿Tiene intención de volver a su país?

FORMACIÓN Y NIVEL DE ESTUDIOS

¿Tiene usted estudios?, ¿cuáles?

Los estudios que tiene, ¿los cursó en España o en su país de origen?

3. Entrevista a cuidadoras inmigrantes no profesionales

- ¿En su país de origen recibió formación para el cuidado?
 - Si *sí* estudió:
 - ¿Están relacionados con la tarea del cuidado?
 - ¿Siempre quiso estudiar (...)?, ¿por qué?
 - ¿Volvería a estudiar lo que estudió?
 - ¿Se plantearía estudiar algo relacionado con las profesiones sanitarias?
 - ¿Considera que la formación que ha recibido es suficiente para la posterior labor del cuidado?
 - Si *no* estudió:
 - ¿Por qué no estudió?
 - ¿Le gustaría haber estudiado?, ¿el qué?
 - ¿Estudiaría algo relacionado con las profesiones destinadas al cuidado (médico, enfermera...)?
 - ¿Cómo aprendió a cuidar?

SITUACIÓN FAMILIAR Y ESTADO CIVIL:

- ¿Cuál es su estado civil: casada, soltera, divorciada, viuda...?, ¿vive aquí con su pareja?
 - Si *no*: ¿tiene intención de que venga?
- ¿Tiene hijos/as?, ¿vive con ellos o están en su país de origen?
 - Si *no*: ¿tiene intención de que vengan?
- ¿Qué más personas de su familia viven con usted?
- ¿Además del cuidado que dedica a esta persona tiene usted experiencia en el cuidado informal hacia un familiar, amigo...?
 - Si *sí*: ¿cómo logra compatibilizar su trabajo con su tarea de cuidado?
- Además del cuidado de esta persona dependiente, ¿debe hacerse cargo del resto de las tareas del hogar?, ¿recibe ayuda de otros familiares o profesionales contratados?

CONSIDERACIONES ACERCA DE SU ACTIVIDAD COMO CUIDADORA

- ¿Por qué decidió dedicarse a esta tarea?
- ¿Lo considera un trabajo?
- ¿Le gusta o se dedicaría a otra cosa?
- ¿Trabajaba usted en su país? ¿En qué trabajaba en su país de origen?
- Además de cuidar a esta persona, ¿trabaja en alguna otra actividad remunerada?
 - Si *sí*:

- ¿Por qué?
 - ¿A cuál de las X actividades que realiza la considera como “trabajo formal”?, ¿cuál es la que le aporta más ingresos?
 - ¿Cómo logra compatibilizarlos?
- ¿Por qué?
- ¿Le gustaría trabajar, en qué trabajo?
 - ¿Cómo piensa que podría compatibilizarlo?
 - ¿Tenía usted un trabajo remunerado que dejó por dedicarse al cuidado?
 - Si pudiera volver a su situación laboral anterior, ¿cómo lo haría?
- ¿Ha tenido usted otros trabajos?, ¿cuáles?, ¿estaban relacionados con el cuidado?
- ¿Cree que el dedicarse al cuidado como usted lo hace está bien valorado socialmente?
- ¿Cree que está bien considerado económicamente su trabajo?
- El salario que usted recibe por el cuidado, ¿qué posición ocupa en la economía doméstica de su hogar?
- ¿Ha trabajado siempre como cuidadora?
- Si *no*:
- ¿En qué más ha trabajado?
 - ¿El resto de su (posible) trayectoria laboral está relacionada también con el cuidado?
- ¿Cuáles son las causas por las que se dedica a alguna forma de *cuidado*?
- ¿Puede describir su trabajo en materia de cuidados?
- ¿Qué tiempos de dedicación le supone?, ¿cómo es su jornada laboral?
- ¿A qué actividad dedica usted más tiempo y trabajo? ¿cuánto?
- ¿Cuánto tiempo lleva usted cuidando a esta persona?
- ¿Conoce otras mujeres el entorno profesional que se dediquen al cuidado?, ¿cuánto trabajan?, ¿cuánto ganan (más o menos)? (Tramos: menos de 1000 euros netos al mes, entre 1000 y 2000 euros netos al mes, más de 2000 euros netos al mes)
- En su tarea de cuidado, ¿recibe la ayuda de la familia de la persona dependiente?
- Si el trabajo que usted realiza lo hiciera un hombre, ¿piensa que lo haría mejor, peor ...? ¿cree que estaría mejor o peor pagado que usted?
- ¿Cómo diría que le afecta a usted su profesión en su estado físico y emocional (está más cansada, tiene dolores físicos...)?

- ¿Le afecta su trabajo en su vida privada? ¿en qué sentido?, ¿consigue “desconectar”?
- ¿Puede compatibilizar el cuidado de esta persona con su tiempo libre o de ocio?, ¿el cuidado le afecta a su vida social u otras facetas de su vida..?, ¿en qué sentido, dónde lo nota..?
- Además del cuidado de esta persona dependiente, ¿debe hacerse cargo del resto de las tareas del hogar?
- ¿Qué ayudas precisa una persona que se dedica al cuidado para desempeñar su tarea en perfectas condiciones?, ¿es necesario ayuda institucional para estos profesionales?, ¿cómo podría incrementarse esta ayuda?, ¿se informa lo suficiente de esta ayuda?
- ¿Conoce el Sistema Nacional de Dependencia (Ley de Dependencia)? ¿qué opina?
[Si dice que no, posibilidad de contarle a grandes rasgos y aporte una opinión genérica]

*Análisis metodológico
para el análisis de
los datos: el modelo
Input Output*

.....

Anexo 3

.....

A continuación se presentan algunas referencias al **modelo de análisis económico** en el que se sustenta la propuesta metodológica reflejada a lo largo de este estudio.

En una tabla input-output (64), se cumple la siguiente identidad:

$$q - X^*u + f \quad [1]$$

Donde:

q: Vector de producciones de las ramas.

X: Matriz de demandas intermedias.

u: Vector unidad.

f: Vector de demanda final de las ramas.

La matriz X recoge las relaciones intersectoriales. Por filas indica los output o destinos de los productos de cada rama que se utilizan como consumos intermedios de otras, y por columnas los inputs o entradas para el proceso productivo de la rama a la que corresponde cada columna.

Por definición, el total de consumos intermedios utilizados por todas las ramas coincide con el total de salidas de productos para uso intermedio del resto de ramas; es decir: el total de consumos intermedios coincide por filas y por columnas. Para el posterior desarrollo se utilizará una presentación mediante símbolos, indicando por x_{ij} una casilla cualquiera de la matriz X de consumos intermedios de la TIO (utilización que la rama j hace de productos de la rama i), q_j es la producción efectiva de la rama j , y f_i es la demanda final de la rama i .

En el análisis input-output es de gran utilidad el cálculo de determinadas relaciones entre las diferentes ramas económicas que podrán considerarse relaciones estructurales de la economía. Estas relaciones suelen representar la proporción de los distintos inputs en la producción de cada rama, denominándose coeficientes de input.

Los coeficientes técnicos son un tipo de coeficientes de input que expresan la utilización que cada rama hace de productos de otra por unidad de producción; es necesario señalar los supuestos subyacentes más importantes al modelo, son los mismos que en una función de producción tipo Leontief concretándose en coeficientes de producción fijos.

Si en la matriz X , se divide cada columna por el valor de la producción de la rama correspondiente a dicha columna, la matriz resultante es la llamada matriz de coeficientes técnicos o matriz A . Esta operación en álgebra matricial se expresa de la siguiente forma:

$$A = X * \begin{bmatrix} \hat{q} \\ q \end{bmatrix}^{-1}$$

siendo $\begin{bmatrix} \hat{q} \\ q \end{bmatrix}^{-1}$ la inversa del vector de producciones diagonalizado, y cada elemento de la matriz A , $a_{ij} = \frac{x_{ij}}{q_j}$

Cada elemento a_{ij} de la matriz A se define como la utilización que la rama j hace de productos de la rama i por unidad de producción.

Despejando X , en la anterior expresión, X en función de A , se obtiene:

$$X = A * \begin{bmatrix} \hat{q} \\ q \end{bmatrix}$$

Como

$$\begin{bmatrix} \hat{q} \\ q \end{bmatrix} * u = q ,$$

entonces la identidad [1] puede describirse como:

$$q - A * q + f$$

Donde, al despejar q , se obtiene:

$$q - (I - A)^{-1} * f \quad [2]$$

La matriz $(I - A)^{-1}$ es la llamada matriz inversa de Leontief, y a partir de ahora se designará por R .

Cuando aumenta la demanda final de una rama, ésta debe aumentar su producción para satisfacer el aumento de demanda, y esto le lleva a aumentar la demanda de los consu-

mos intermedios de las demás ramas, los cuales habrán de aumentar sus producciones para satisfacer este aumento en sus demandas intermedias, y ello también les obliga a aumentar sus consumos intermedios. Así, el aumento en la demanda final de una rama se multiplica por toda la economía a través de las relaciones interindustriales que recoge la matriz inversa. Estos sucesivos estadios de interacciones se clarifican factorizando la matriz inversa de Leontief:

$$R = (I - A)^{-1} = (I + A + A^2 + A^3 + \dots)$$

La matriz A refleja la estructura de input de las ramas, y por tanto ofrece el impacto directo del aumento de la producción en una rama sobre las demás. El elemento a_{ij} de la matriz A , indica cuánto ha de aumentar la producción de i como consecuencia directa del aumento en la demanda final de j , es decir, sólo por el aumento inicial en la demanda intermedia de j a i .

La inversa de Leontief, aquí denominada R , recoge el efecto global sobre una rama del aumento en la demanda final de otra. Es decir, el elemento r_{ij} de la matriz R , indica cuánto ha de aumentar la producción de i como consecuencia de un aumento unitario en la demanda final de j , una vez que se han tenido en cuenta todos los efectos interindustriales. La matriz R capta, por tanto, el impacto total.

La factorización efectuada hace posible que [2] se exprese como:

$$q = (I - A)^{-1}f = (I + A + A^2 + A^3 + \dots)f \quad [3]$$

1.
Metodología de
impacto
económico

Cuando se produce un incremento de la demanda final, el modelo da lugar a una variación en la producción final:

$$\Delta q = (I - A)^{-1} \cdot \Delta f \quad [4]$$

El estudio de las filas y columnas de las matrices denominadas A y R proporcionarán las relaciones interindustriales de los servicios para el cuidado a personas dependientes que se visibilizan en el análisis, determinando los sectores que son más intensivos en el uso de inputs de estos servicios.

Para analizar los impactos económicos de estos servicios se ha considerado un vector de impacto que se ha obtenido a partir

del valor monetario de estos servicios obtenido tal y como se explica en la propuesta. A tal vector lo hemos denominado “ Δq ”. Aplicando la ecuación [3] y considerando el vector de impacto de los servicios “ Δq ”, la ecuación [4] puede expresarse como:

$$\Delta q - (I + A + A^2 + A^3 + \dots)\Delta q \quad [5]$$

Esta expresión determina el efecto total sobre la producción que ocasiona una variación en la demanda final.

La ecuación [5] puede ordenarse de la siguiente forma:

$$\Delta q - I * \Delta q + [(I - A)^{-1} - I] * \Delta q \quad [6]$$

La expresión anterior da lugar a la descomposición del Efecto Total que produce la variación de la demanda final en: Efecto Directo y Efecto Indirecto.

El Efecto Directo Δq es el calculado a través de la monetización de los cuidados realizados por cuidadoras informales.

El Efecto Indirecto $[(I - A)^{-1} - I] * \Delta q$ es el producido por los gastos necesarios para desempeñar estos servicios, y por los gastos necesarios en el resto de sectores económicos generados por las reacciones en cadena que originan estos servicios. Estas reacciones provienen de las interrelaciones económicas entre los sectores originariamente afectados y el resto de sectores económicos.

Junto a estos efectos existe uno más: el Efecto Inducido que es el ocasionado por el aumento de consumo que produce el crecimiento en el empleo (este efecto se calcula como el impacto que produce un incremento de la demanda final, es decir, de igual forma que en la expresión [4]).

El incremento en el empleo se calcula premultiplicando en el segundo miembro de la ecuación [4] por el vector de coeficientes de empleo e (vector fila), que representa el empleo por unidad de producción y se obtiene de dividir el número de empleos de cada sector por la producción del mismo.

$$\Delta E - e * [(I - A)^{-1} * \Delta q]$$

Aplicando a la expresión anterior la ecuación [6] podemos obtener al igual que se hizo con el efecto en la producción la

descomposición del efecto total sobre el empleo en efecto directo e indirecto.

Para obtener el efecto sobre el Valor Añadido Bruto se puede utilizar la expresión [4], se consigue premultiplicando el segundo miembro de la igualdad por el coeficiente de valor añadido bruto v (vector fila), que representa el VAB por unidad de producción.

$$\Delta VAB = v \cdot (I - A)^{-1} \cdot \Delta q$$

De igual forma que con el empleo y la producción, se puede diferenciar el Efecto Total en: Efecto Directo y Efecto Indirecto. Para ello basta con aplicar la ecuación [6] a la expresión anterior.

Notas

(64) En Rose y Miernyk (1989) y Miller y Blair (1985), en “Economic Systems Research” se puede encontrar una exposición del modelo input-output, así como sus principales extensiones y aplicaciones. Pág. 176

*Necesidades
formativas de los/as
profesionales del
cuidado*

.....

Anexo **4**

.....

TABLA 52

NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS PROFESIONALES DEDICADOS AL CUIDADO DE PERSONAS DEPENDIENTES O SIN AUTONOMÍA

Puesto	Trabajador familiar		
Misión:	Garantizar la cobertura de las necesidades de los usuarios en el ámbito físico, psíquico y social, colaborando en la identificación de las necesidades de los usuarios, la planificación, coordinación y ejecución de los casos asistenciales, con el resto del equipo de profesionales.		
Formación			
Formación existente relacionada con la ocupación	Nuevas necesidades específicas	Nuevas necesidades trasversales	
<ul style="list-style-type: none"> • Formación reglada: FP grado medio Técnico en atención sociosanitaria. <ul style="list-style-type: none"> – Planificación y control de las intervenciones: El plan de cuidados individualizado. Influencia del entorno en la autonomía de las personas. Técnicas de control y organización del trabajo. Ayudas técnicas para el desenvolvimiento de la vida diaria. Documentación básica del trabajo. – Atención sanitaria: Movilización, traslado y deambulación³. Preparación para la exploración médica. Administración de medicamentos. Administración de alimentos. Primeros auxilios – Higiene: Limpieza, esterilización de material y utensilios. Higiene y aseo del enfermo. La cama. Prevención y control de las infecciones – Apoyo domiciliario: Limpieza y mantenimiento del domicilio. Compra y conservación de productos de uso común en el domicilio. Técnicas básicas de cocina. – Atención y apoyo psicosocial: La relación social de las personas mayores y discapacitadas. Actividades de mantenimiento y entrenamiento de las funciones cognitivas. Intervención en acompañamiento y apoyo en las resoluciones de gestiones y entorno familiar. Recursos y servicios comunitarios dirigidos a personas mayores y discapacitados. – Ocio y tiempo libre de colectivos específicos: Técnicas específicas de animación adaptadas a los colectivos de referencia. Recursos de ocio y tiempo libre. La intervención del técnico en el desarrollo de programas de animación, ocio y tiempo libre. – Alimentación y nutrición familiar: Conservación, procesado e higiene de los alimentos. – Necesidades físicas y psicosociales de colectivos específicos: El proceso de envejecimiento. Las discapacidades. La enfermedad y la convalecencia. La observación y el registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades. – Comunicación alternativa: Ayudas técnicas en la comunicación alternativa. 	<p>Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos</p> <p>Apoyo domiciliario en la gestión del mantenimiento básico del hogar</p>	<p>Gestión de información confidencial</p> <p>Evaluación y Gestión de la Calidad.</p> <p>Medio Ambiente y Prevención de Riesgos laborales.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones en el equipo de trabajo: Negociación y solución de problemas. Equipos de trabajo. La motivación. • Formación no reglada FPO: Graduado Escolar y Certificado de profesionalidad: Auxiliar de ayuda a domicilio 			
Puesto	Auxiliar de ayuda a domicilio		
Misión:	Garantizar la cobertura de las necesidades de los usuarios y las usuarias en cuanto a limpieza del hogar, ropa y elaboración de comidas.		
Formación			
Formación existente relacionada con la ocupación	Nuevas necesidades específicas	Nuevas necesidades transversales	
<ul style="list-style-type: none"> • Formación no reglada FPO: Graduado escolar y Certificado de profesionalidad: Auxiliar de ayuda a domicilio. <ul style="list-style-type: none"> - Planificación, desarrollo y seguimiento de casos asistenciales. - Nutrición, dietética y alimentación: Alimentación y nutrición. Nutrientes. Dietética. La compra de alimentos. Manipulación, tratamiento y conservación de alimentos. Preparación y cocinado de alimentos. Elaboración de menús según patologías. - Higiene y seguridad personal: Anatomía del cuerpo humano. Aseo personal. Limpieza, conservación y tratamiento de ropa y calzado. Organizar los productos de limpieza e higiene personales. - Limpieza y cuidados del hogar: La limpieza del hogar. El encamado. Normas de seguridad e higiene específicas del hogar. Aprovisionar y organizar productos de limpieza. Identificar y clasificar ropa del hogar. - Prevención y atención socio sanitaria: Movilizar a los asistidos en diferentes casos. Conceptos básicos de farmacología. Administrar medicamentos. Gestionar y tramitar documentación sanitaria. - Recursos sociales e integración social: La asistencia social. La integración social. - Técnicas y soportes de gestión administrativa básicas. - Mantenimiento y reparación de la vivienda y recursos económicos. • Cualificaciones INCUAL: Atención sociosanitaria a personas en el domicilio <ul style="list-style-type: none"> - Higiene y atención sanitaria domiciliaria: Higiene y aseo de la persona dependiente. Movilización, traslado y deambulación. Principios de alimentación y nutrición. Dieta familiar y planificación de menús diarios y semanales. Administración de medicación y alimentos. Primeros auxilios. 	<p>Tecnologías asociadas a la ayuda a domicilio.</p> <p>Técnicas de gestión de conflictos.</p> <p>Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos.</p>	<p>Comunicación</p> <p>Evaluación y gestión de la Calidad.</p> <p>Medioambiente y prevención de riesgos laborales</p>	

- Atención y apoyo psicosocial domiciliario: La atención domiciliaria. Técnicas y procedimientos de seguridad, higiene, técnicas de primeros auxilios.
- Apoyo domiciliario y alimentación familiar: Limpieza y mantenimiento del domicilio. Compra y conservación de productos de uso común en el domicilio. Conservación, procesado e higiene de los alimentos. Técnicas básicas de cocina.

Puesto	Oficial de Unidad Móvil
Misión:	Garantizar la cobertura de las necesidades de los usuarios y usuarias en el ámbito físico, psíquico y sensorial, colaborando en la planificación y coordinación de los casos asistenciales con el equipo de profesionales del TAD mediante la identificación de las necesidades de los usuarios.

Formación

Formación existente relacionada con la ocupación	Nuevas necesidades específicas	Nuevas necesidades transversales
- Formación reglada: FP grado medio. No existente	<p>El servicio de teleasistencia.</p> <p>Dispositivos de emergencia de un servicio de TAD.</p> <p>Tecnologías de la información y las comunicaciones aplicadas a la asistencia domiciliaria.</p> <p>Conducción para transporte adaptado.</p> <p>Técnicas básicas de enfermería.</p> <p>Técnicas básicas de promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.</p>	<p>Relaciones públicas, comunicación y habilidades personales</p> <p>Gestión administrativa del servicio</p> <p>Evaluación y gestión de la calidad</p> <p>Medioambiente y prevención de riesgos laborales</p>

Puesto	ATS/DUE		
Misión:	Contribuir a proteger y mejorar la salud, la seguridad y el bienestar de los usuarios, prevenir la enfermedad y consecuencias de la misma, proporcionando cuidados para satisfacer sus necesidades de salud y estableciendo métodos de ayuda para compensar sus limitaciones, guiarles, apoyarles, enseñarles y promover un entorno favorable.		
Formación			
Formación existente relacionada con la ocupación	Nuevas necesidades específicas	Nuevas necesidades transversales	
<ul style="list-style-type: none"> • Formación reglada: Diplomatura Universitaria: Enfermería. <ul style="list-style-type: none"> – Ciencias básicas: Estructuras anatómicas. Fármacos y mecanismos de acción de los mismos. Necesidades nutricionales y conducta alimentaria. Problemas nutricionales. – Fundamentos teóricos y metodológicos de la enfermería: Salud y cuidados. Disciplina enfermera y modelos teóricos. – Enfermería clínica: Fisiopatología de las enfermedades. Necesidades de cuidados. Valoración y priorización de problemas del paciente. Establecer, ejecutar y valorar el plan de cuidados. Técnicas y procedimientos de cuidados. – Enfermería psicosocial y de salud mental: Respuestas psicosociales de las personas ante la enfermedad y el sufrimiento. Relación empática y respetuosa con el paciente y familia. Estrategias de comunicación. 	<p>Alcance de los servicios residenciales y centros de día y noche.</p> <p>Operativa y funcionamiento de una residencia/centro de día y noche.</p> <p>Gestión de almacén de fármacos y otros materiales sanitarios.</p> <p>Valores profesionales, actitudes y comportamiento.</p>	<p>Organización funcional del trabajo.</p> <p>Gestión administrativa del servicio.</p> <p>Evaluación y gestión de la calidad.</p> <p>Medioambiente y prevención de riesgos laborales.</p>	
Puesto	Auxiliar de enfermería		
Misión:	Proporcionar cuidados auxiliares sanitarios al usuario (actuando como miembro de un equipo de enfermería)		
Formación			
Formación existente relacionada con la ocupación	Nuevas necesidades específicas	Nuevas necesidades transversales	
<ul style="list-style-type: none"> • Formación reglada: FP grado medio. Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. 			

<ul style="list-style-type: none"> - Operaciones administrativas y documentación sanitaria: Documentación sanitaria. - Técnicas básicas de enfermería: Higiene y aseo del enfermo. Movilización, traslado y deambulación de pacientes. Preparación de la exploración médica. Constantes vitales. Administración de la medicación. Principios de dietética. Primeros auxilios. - Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente: Relación con el paciente. Comunicación/ humanización. Estados psicológicos de los pacientes en situaciones especiales. - Relaciones en el equipo de trabajo: La comunicación en la empresa. Negociación y solución de problemas. Equipos de trabajo. La motivación. 	<p>Alcance de los servicios residenciales y centros de día y de noche.</p> <p>Operativa y funcionamiento de una residencia/ centro de día y de noche.</p> <p>Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos.</p>	<p>Comunicación con el usuario.</p> <p>Gestión administrativa del servicio.</p> <p>Evaluación y gestión de la calidad.</p> <p>Medio Ambiente y Prevención de Riesgos Laborales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Formación no reglada FPO: Cualificación profesional: Auxiliar de enfermería en Geriatría. 	<p>Atención al usuario en sus necesidades afectivas y sociales.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación y atención al paciente. - Cuidados básicos de geriatría. - Cuidados terapéuticos de enfermería. - Organización de los recursos materiales en una unidad de servicio. - Atención especializada al anciano. 	<p>Alcance de los servicios residenciales y centros de día y de noche.</p> <p>Operativa y funcionamiento de una residencia/ centro de día y de noche.</p> <p>Atención al usuario en sus necesidades afectivas y sociales.</p> <p>Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos.</p>	
	<p>Operaciones administrativas y documentación sanitaria.</p> <p>Relaciones en el equipo de trabajo.</p>	

[Fuente: "Estudio de las necesidades formativas de los profesionales que prestan servicios de atención a la dependencia". NOVOTEC. 2007]a

Índice de Tablas

.....

Anexo **5**

.....

Tabla 1. Perfil de las mujeres entrevistadas	18
Tabla 2. Causas del cuidado informal.....	33
Tabla 3. Edad y situación de discapacidad.....	35
Tabla 4. Población total menor de 3 años, sobre el total de población por sexo	36
tabla 5. Porcentaje de personas entre 0 y 6 años en situación de dependencia por discapacidad	37
Tabla 6. Porcentaje de personas con discapacidad entre 0 y 6 años en comparación con el total de personas con discapacidad.....	37
Tabla 7. Sexo y situación de discapacidad o dependencia	38
Tabla 8. Porcentaje de hombres y mujeres que reciben o no ayuda según el total de personas que necesitan esa ayuda.....	40
Tabla 9. Porcentaje de hombres y mujeres que necesitan de cuidados	40
Tabla 10. Estado de salud por sexo y edad	41
Tabla 11. Tipos de asistencias informales	49
Tabla 12. Frecuencia / dedicación al cuidado	50
Tabla 13. Frecuencia / dedicación al cuidado	51
Tabla 14. Ayudas que reciben las personas cuidadoras informales.....	52
Tabla 15. Perfil laboral en el sector de dependencias....	59
Tabla 16. Ocupaciones relacionadas con el cuidado, según el SND.....	60
Tabla 17. Estimación del potencial de generación neta de empleo del SND. (empleos jornada completa). España, 2010.....	61
Tabla 18. Resumen de generación de empleo a partir de la implantación del SND. España. 2005-2010	64
Tabla 19. Creación de empleo por la introducción del SND.....	65
Tabla 20. Perfiles de las cuidadoras formales entrevistadas.....	69

Tabla 21. Perfil de las cuidadoras inmigrantes entrevistadas.....	73
Tabla 22. Perfil del cuidador informal.....	77
Tabla 23. Parentesco entre persona cuidadora y persona mayor cuidada.....	80
Tabla 24. Abuelos/as cuidadores.....	82
Tabla 25. Perfil de las cuidadoras informales entrevistadas.....	82
Tabla 26. Proporción del tipo de ayuda que prestan las personas mayores sobre el total de ayuda prestada.....	88
Tabla 27. Tasa masculina y femenina de ayudas prestadas por las personas mayores.....	89
Tabla 28. Frecuencia con que las personas mayores que prestan ayuda, cuidan a sus nietos en circunstancias específicas.....	89
Tabla 29. Permisos de paternidad y de maternidad 1996-2006.....	94
Tabla 30. Excedencias por cuidado de hijos/as 1996-2006.....	95
Tabla 31. Evolución del empleo asalariado en actividades sanitarias, actividades de servicios sociales y hogares que emplean servicio doméstico.mujeres. 1996-2006.....	107
Tabla 32. Empleo asalariado en las ocupaciones más vinculadas al cuidado de personas dependientes.2006.....	108
Tabla 33. Trabajadores afectados por los convenios colectivos estatales del sector de cuidados a la dependencia.1996-2006.....	109
Tabla 34. El intervalo intergenésico 2006.....	111
Tabla 35. Cuantificación del número de cuidadoras formales a personas dependientes.....	112
Tabla 36. Distribución del tiempo por actividades. Mujeres.....	115
Tabla 37. Mujeres que realizan las siguientes actividades a lo largo del día. Mujeres.....	118

Tabla 38. Mujeres que realizan las actividades relacionadas con cuidado a dependientes.	119
Tabla 39. Duración media de las actividades realizadas a lo largo del día. Mujeres.	121
Tabla 40. Duración en minutos de las actividades relacionadas con cuidado a dependientes llevadas a cabo por mujeres.	122
Tabla 41. Monetización de los cuidados formales a dependientes.....	126
Tabla 42. Monetización de los cuidados formales a dependientes: efectos indirectos e inducidos.....	130
Tabla 43. Monetización de los cuidados informales a dependientes: efectos indirectos e inducidos. Encuesta del empleo del tiempo, INE, 2003.	132
Tabla 44. Monetización de los cuidados informales independientes; efectos indirectos e inducidos. Encuesta de los usos del tiempo, estereotipos, valores y aptitudes del Instituto de la Mujer, 2006.....	133
Tabla 45. Monetización de los cuidados formales a dependientes: efectos totales y peso relativo	134
Tabla 46. Monetización de los cuidados informales a dependientes: efectos totales y peso relativo.	137
Tabla 47. Cálculo del empleo irregular en el ámbito de los cuidados.....	140
Tabla 48. Principales características de las cuidadoras informales y formales.....	146
Tabla 49. Resumen de la cuantificación de las cuidadoras formales e informales y comparación con los hombres	149
Tabla 50. Resumen de la valoración económica de los cuidados formales e informales a personas dependientes	152
Tabla 51. Evolución de la presencia de cuidadoras informales	154
Tabla 52. Necesidades formativas de los profesionales dedicados al cuidado de personas dependientes o sin autonomía	184

Índice de Gráficos

.....

Anexo **6**

.....

Gráfico 1. Evolución de la población mayor, 1900-2050 (en miles)	29
Gráfico 2. Porcentaje de dedicación de la persona que cuida según la naturaleza de algunos tipos de tareas	50
Gráfico 3. Ayudas que reciben los/as cuidadores/as..	51
Gráfico 4. Porcentaje de dedicación al cuidado por parte de personas que cuidan según el sexo de la persona mayor que necesita ayuda	81
Gráfico 5. Comparación de la encuesta de empleo del tiempo del INE y del CSIC: distribución del tiempo no remunerado	116
Gráfico 6. Las ramas de actividad con mayor crecimiento del empleo. Cuidados formales a dependientes ...	135
Gráfico 7. Las ramas de actividad con mayor crecimiento del empleo. Cuidados informales a dependientes ..	139
Gráfico 8. Posible evolución del modelo de cuidados a personas dependientes	158

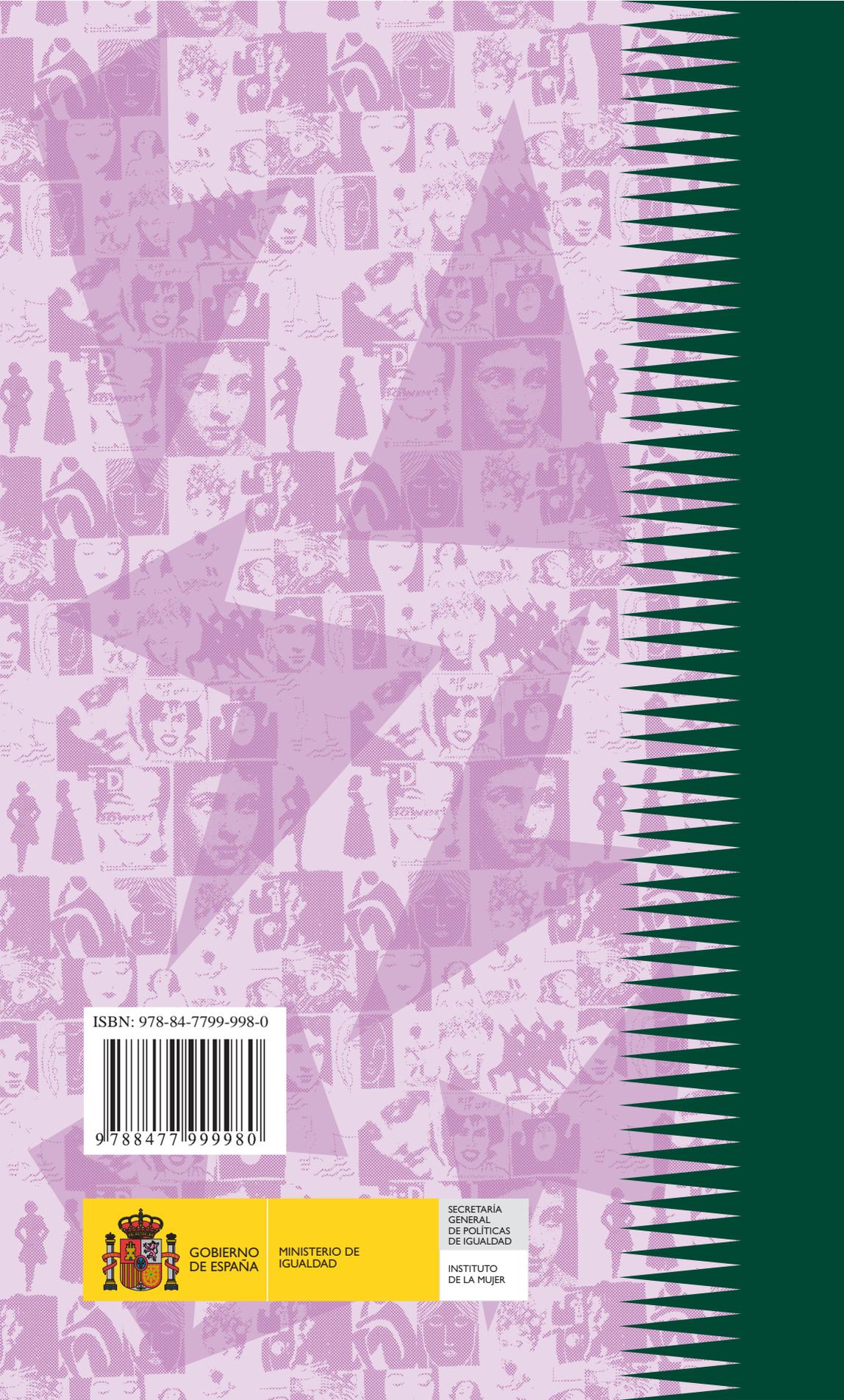
Índice de Figuras

.....

Anexo **7**

.....

Figura 1. Esquema de análisis para la cuantificación y evaluación económica de las cuidadoras formales	21
Figura 2. Esquema de análisis para la cuantificación y evaluación económica de las cuidadoras informales	21
Figura 3. Esquema de análisis para la aproximación a una cuantificación y evaluación económica de las cuidadoras en situación irregular	22



ISBN: 978-84-7799-998-0



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO DE
IGUALDAD

SECRETARÍA
GENERAL
DE POLÍTICAS
DE IGUALDAD

INSTITUTO
DE LA MUJER