



MINISTERIO  
DE TRABAJO Y  
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA  
SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE  
LA SEGURIDAD SOCIAL

# **DISCAPACIDAD Y RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD EN LOS HOGARES ESPAÑOLES: EFECTOS DIRECTOS E INDUCIDOS**

**RESPONSABLE: PROF. JULIO PÉREZ DÍAZ  
CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS**

Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TAS/1051/2005, de 12 de abril (subvenciones para el Fomento de la Investigación de la Protección Social –FIPROS-)

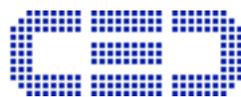
La Seguridad Social no se identifica con el contenido y/o conclusiones de esta investigación, cuya total responsabilidad corresponde a sus autores.

# Discapacidad y relación con la actividad en los hogares españoles: efectos directos e inducidos

Julio Pérez Díaz (Dirección)

Jeroen Spijker y Ainhoa Alústiza (Investigadores)

Anna Turu Sánchez y Pere Forte Bas (Técnicos)



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS

Investigación financiada al amparo de la Orden TAS 1051/2005



# ÍNDICE

<b>1</b>	<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>LA "DISCAPACIDAD"</b>	<b>4</b>
2.1	Definición y medición de la discapacidad	4
2.2	Estudios comparativos e internacionales	5
2.3	La EDDDES99	7
2.3.1.	Los grandes datos	9
<b>3</b>	<b>EL MARCO DE LAS RELACIONES ENTRE CUIDADORES Y AFECTADOS</b>	<b>13</b>
3.1	El contexto demográfico y epidemiológico	13
3.2	Cambios en los hogares y las familias	17
3.3	Cambios en el mercado laboral	20
3.3.1.	Panorámica general	20
3.3.2.	La actividad femenina	21
3.4	Cambio en las políticas	25
3.5	Las relaciones entre cuidadores y afectados en el hogar	29
3.5.1.	El cuidado	29
3.5.2.	Efectos sobre el cuidador "informal" y su actividad laboral	34
<b>4</b>	<b>DISCAPACIDAD EN LAS DISTINTAS EDADES Y LOS CUIDADOS EN EL HOGAR</b>	<b>43</b>
4.1	Niños (0-15 años)	43
4.1.1.	Situación de los 0 a 5 (limitaciones)	44
4.1.2.	Situación de los 6 a 15 (discapacidad)	49
4.1.3.	Las ayudas	53
4.1.4.	Impacto en los hogares	59
4.1.5.	Cuidados especiales y cuidadores	61
4.1.6.	Familiares	65
4.2	La juventud (16-29 años)	67
4.2.1.	Situación respecto a la discapacidad	67
4.2.2.	Las ayudas	72
4.2.3.	Efecto en los hogares	77
4.2.4.	Cuidados especiales y cuidadores	80
4.3	Adultos (30-44 años)	89
4.3.1.	Situación respecto a la discapacidad	89

4.3.2.	Las ayudas	94
4.3.3.	Impacto en los hogares	99
4.3.4.	Cuidados especiales y cuidadores	102
<b>4.4</b>	<b>Maduros (45-64 años)</b>	<b>109</b>
4.4.1.	Situación respecto a la discapacidad	109
4.4.2.	Las ayudas	115
4.4.3.	Impacto en los hogares	119
4.4.4.	Cuidados especiales y cuidadores	122
<b>4.5</b>	<b>Mayores (65-79 años)</b>	<b>130</b>
4.5.1.	Situación respecto a la discapacidad	133
4.5.2.	Las ayudas	139
4.5.3.	Impacto en los hogares	143
4.5.4.	Cuidados especiales y cuidadores	146
<b>4.6</b>	<b>Muy Mayores (80 y más años)</b>	<b>154</b>
4.6.1.	Situación respecto a la discapacidad	156
4.6.2.	Las ayudas	161
4.6.3.	Impacto en los hogares	166
4.6.4.	Cuidados especiales y cuidadores	169
<b>5</b>	<b>LA OCUPACIÓN LABORAL EN LOS HOGARES CON AFECTADOS: FACTORES DEMOGRÁFICOS, SOCIO-ECONÓMICOS, DE SALUD DEL SUJETO Y DE LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR.</b>	<b>177</b>
<b>5.1</b>	<b>Condicionantes principales de la ocupación</b>	<b>181</b>
5.1.1.	Factores sociodemográficos	181
5.1.2.	Factores socioeconómicos	182
5.1.3.	Factores de salud	184
5.1.4.	Factores del hogar	187
<b>6</b>	<b>ANÁLISIS MULTIVARIABLE</b>	<b>201</b>
<b>6.1</b>	<b>Metodología</b>	<b>201</b>
6.1.1.	Hombres	209
6.1.2.	Mujeres	215
<b>7</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>219</b>
7.1.1.	Resultados más relevantes	223
7.1.2.	Ocupación y convivencia con personas que presentan alguna discapacidad	225
7.1.3.	Resultados del análisis mediante modelos multivariantes de regresión logística	226
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA CITADA</b>	<b>229</b>
<b>9</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>241</b>
<b>9.1</b>	<b>Índice de cuadros, gráficos y tablas de anexo</b>	<b>243</b>
9.1.1.	Índice de Cuadros	243
9.1.2.	Índice de Gráficos	247
9.1.3.	Índice de Tablas anexo	249

<b>9.2 Asesoramiento al INE en el diseño de la próxima Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD2007)</b>	<b>253</b>
<b>9.3 Anexo estadístico</b>	<b>275</b>
<b>9.4 Anexo correspondiente a los análisis multivariantes</b>	<b>371</b>
9.4.1. Evaluación de los modelos	377
9.4.2. SPSS outputs de los modelos de regresión logística sobre factores que afectan la posibilidad de trabajar.	388

# 1 PRESENTACIÓN

La discapacidad gana protagonismo en las sociedades avanzadas actuales. Lo hace de la mano de profundos cambios demográficos, sanitarios y sociales que, en las dos últimas décadas, han generado también una intensa actividad política: la protección de aquellos que ven impedidas las actividades cotidianas básicas lleva camino de convertirse en un pilar añadido a los que tradicionalmente fundamentaban los Estados del Bienestar. No se trata sólo de nuevas ideas, sino de una realidad social que se impone:

- La evolución de la dinámica demográfica y de la salud colectiva hace cada vez más frecuente la presencia de personas que en otros tiempos ya habrían fallecido, por su mala salud, por su avanzada edad o por las malas condiciones de vida en general (Frenk, 1991 #69), pero muchas de ellas necesitan la ayuda de otras personas para desempeñar tareas cotidianas básicas. Paradójicamente el creciente protagonismo de la discapacidad como reto colectivo es principalmente el resultado de la supervivencia generalizada hasta la vejez y de los elevados niveles de salud actuales.
- Por otra parte, el proceso de modernización social y económica dota a las personas de recursos y de poder crecientes (el "empowerment" civil) para demandar bienes y servicios tanto al Estado como al mercado. Ante el dramatismo que pueden alcanzar algunas discapacidades (o, simplemente, la degradación de las condiciones habituales de vida que pueden provocar), tanto los afectados como quienes les cuidan, reclaman mayor intervención y apoyo de instituciones externas al propio círculo personal.

Las demandas sociales generadas por la discapacidad se han anticipado a los recursos (y rebasado los objetivos mismos) de los sistemas de salud tradicionales. Tras la crisis industrial mundial de los setenta (la llamada "crisis del petróleo") y la exitosa respuesta política del neoliberalismo a partir de los años ochenta, se produce además una intensa revisión del gasto público en sanidad y de las estrategias sanitarias en general<sup>1</sup>. Tanto por motivos económicos como ideológicos, en las últimas décadas la política triunfante ha sido la de "implicar" en el tratamiento de los pacientes a sus familias y los servicios sociales, especialmente en los procesos que requieren cuidados personales.

Es posible que esta nueva estrategia, tan distinta de la que impulsó los grandes sistemas públicos de salud de los tres primeros cuartos del siglo XX, haya postergado en el tiempo una respuesta pública específica al problema colectivo que supone la discapacidad. Por una parte, la parcial "desinstitucionalización"

---

<sup>1</sup> Es clara la "conveniencia política", para la ideología triunfante en ese momento y las reformas estatales que emprende, de algunos textos fundamentales de estos años, como (Callahan 1987), con su llamada a la "contención médica" ante el envejecimiento demográfico, o (Preston 1985) denunciando la degradación del bienestar de los jóvenes "por culpa" de los crecientes recursos destinados a la vejez.

de la atención sanitaria para devolverla a un ámbito social más cercano ha tenido resultados positivos en la propia salud colectiva y no sólo en su racionalización económica. Pero, al margen de su conveniencia, si se la prolonga indefinidamente en el tiempo la supuesta "devolución" a la familia de responsabilidades en la salud y el cuidado de sus miembros<sup>2</sup> puede desbordar las capacidades de las familias menos dotadas y generar grandes desigualdades en función de los "recursos familiares" de los individuos. En cualquier caso, esta estrategia ha acabado por otorgar una visibilidad social a la discapacidad que nunca antes había tenido<sup>3</sup>.

Nunca dejó de ser el propio hogar el lugar donde se prestaban los servicios básicos de cuidado de la salud general y las ayudas personales mayoritarias ante la enfermedad y la discapacidad. Pero estos cuidados eran "opacos" a la ortodoxia sanitaria, que se pretendía estrictamente técnica y profesional. El giro de las estrategias sanitarias de los años ochenta y noventa, en cambio, no sólo reconoce a ese ámbito privado, doméstico y familiar sus funciones tradicionales (el llamado "cuidado informal"), sino que le asigna funciones nuevas, lo "medicaliza" y le atribuye cuidados de unas características materiales y técnicas que no tienen precedentes.

Hemos desembocado en una contradicción sumamente visible:

- las contabilidades nacionales siguen manteniendo el criterio de que los hogares son únicamente unidades de consumo en materia de "salud", lo que hace invisible su trabajo "sanitario" en términos económicos y de "producción" de PIB (Moen, 1995 pg 259; Durán, 1986)
- pero, aunque no le reconozcan realidad "formal" o contable, los propios sistemas nacionales de salud utilizan abierta y crecientemente dicha función<sup>4</sup>

No es de extrañar que la discapacidad gane atención como problema "público": se lo ha convertido previamente en un problema "privado" cada vez más extenso, con escasa respuesta sociosanitaria. Mientras tanto, la supervivencia y la salud colectivas siguen mejorando y los Estados avanzados se envanecen de haber incrementado la "productividad" y la eficiencia del gasto sanitario, sin admitir su componente de "ingeniería contable"<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> Hay quien afirma que esta "devolución" es en realidad una ficción política del ideario neoliberal. Para hacerla creíble se ha llegado incluso a falsear datos históricos sobre el pasado de la familia y de las demás instituciones en el cuidado de los dependientes, como ocurrió en la Gran Bretaña de M. Thatcher (Thomson 1990). Una investigación más ecuánime, posterior a la ofensiva reformista de los años ochenta, parece desmentir ese supuesto pasado de acogimiento familiar generalizado de los mayores. En realidad los hogares complejos solían resultar del acogimiento residencial de las demás generaciones en los hogares de los mayores, y no al revés (Ruggles 2001; Marcos Martín, 2005).

<sup>3</sup> Todavía a mediados de los años noventa la discapacidad ocupaba un lugar relativo insignificante entre los problemas reconocidos por la opinión pública española (Encuesta de Bienestar Social de la ONCE, 1996-1997).

<sup>4</sup> Esta contradicción obliga, en la investigación sanitaria, clínica y farmacológica, a la proliferación de fuentes estadísticas, estudios y análisis "ad hoc" sobre el cuidado "informal", sus ventajas, su impacto para los cuidadores, etc.

<sup>5</sup> Es en EEUU donde se "demuestra" inicialmente y de forma rotunda esta ventaja económica de la "desmedicalización": en palabras de Tennstedt (1996), *"Total costs of community care, including living expenses, were generally less than the cost of nursing home care"*.

La propia evolución demográfica y social dificulta la continuidad indefinida de esta estrategia. En un país como España, en el que la familia ya era un agente de cuidados fundamental antes de este giro político y en el que los beneficios y recursos públicos dirigidos a las familias brillan por su parquedad, la dependencia amenaza los estándares de bienestar en los hogares. En particular, y ante la escasez de ayudas económicas, los cuidados familiares hacen especialmente frágil el bienestar del hogar cuando, además de sus costos directos, reducen o imposibilitan el trabajo extradoméstico de los demás cohabitantes <sup>6</sup>s. No es casual que, paralelamente al desarrollo actual de una ley general de protección a la dependencia, se esté considerando también la conciliación entre la vida laboral y familiar como un objetivo relevante de las políticas sociales.

Este posible efecto de la discapacidad sobre los hogares y la actividad laboral de los convivientes en España es el foco de interés de nuestra investigación<sup>7</sup>, que desarrollamos a partir de los datos primarios de la EDDES99, la última "macroencuesta" nacional específica sobre el tema. En este texto nos limitamos a hacer un estado de la cuestión sobre sus principales determinantes, empezando por la propia disponibilidad de fuentes estadísticas y el estado actual de su conceptualización, pero desbrozando también sus ejes materiales, como la evolución demo-sanitaria, la de los hogares y las formas de convivencia, la del sistema productivo y el mercado laboral y el tratamiento político y legislativo otorgado al tema.

---

<sup>6</sup> El Estado traiciona así su esencial función redistribuidora, porque al sobrecargar a las familias de responsabilidades en el cuidado de los dependientes, pone en peligro a los peor dotados. El peligro se vuelve visible cuando los que no estaban entre los peor dotados caen en esa situación como secuela de haber asumido la función cuidadora: es corriente la queja de que si no eres pobre de solemnidad el Estado no te ayuda, y que sólo los muy ricos y los muy pobres tienen un colchón protector.

<sup>7</sup> El presente artículo constituye el estado de la cuestión en un proyecto de investigación que, con la ayuda a proyectos I+D concedida por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pretende sondear las posibilidades que ofrece la última macroencuesta española específicamente dedicada a la discapacidad (la EDDES de 1999) para proporcionar información sobre los impactos que tiene en la actividad laboral tanto de los afectados como, y sobre todo, de los demás miembros del hogar.

## 2 LA "DISCAPACIDAD"

### 2.1 Definición y medición de la discapacidad

El emergente protagonismo de la discapacidad como tema relevante de la actualidad sanitaria y epidemiológica coincide también con el desarrollo de un sistema internacional de definiciones, conceptos y clasificaciones que permitan su estudio epidemiológico y comparativo. En este proceso la OMS asume el protagonismo principal, con la *International Classification of Functioning, Disability and Health* (conocida comúnmente como ICF) que, por primera vez y de forma tentativa, se publica en 1980<sup>8</sup>. De este modo, en los años ochenta gana un impulso definitivo la pretensión de "contabilizar" lo que, hasta entonces, se había mantenido en la "opacidad" contable de los servicios proporcionados en el ámbito informal y doméstico. El primer paso en este proceso de implicación pública fueron los requerimientos hechos a los propios sistemas estadísticos nacionales para que obtuviese la información sanitaria y epidemiológica con que diagnosticar la situación y su evolución previsible.

Sin embargo, el propio concepto "discapacidad" desborda el ámbito estrictamente sanitario y la situación física o psíquica de los afectados. El término califica los problemas en la adecuación entre la persona y su medio (NACIONES UNIDAS, 2001), que lógicamente dependen del estado "funcional" de la persona, pero también de la adecuación del entorno (Puga, 2004), y presentan por lo tanto una gran diversidad social, histórica y material que ha llevado a la OMS a revisar repetidamente sus clasificaciones. El camino hasta una "convención" más o menos estable va a ser largo y difícil y, mientras tanto,

---

<sup>8</sup> Su denominación inicial fue *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH). Para extender su alcance e incluir también aspectos positivos de la salud y la funcionalidad se sustituyeron posteriormente los términos "impairment, disability and handicap" por "Functioning, disability and health". En su estado actual esta clasificación provee un marco conceptual y una terminología estándar para la descripción de la salud y de sus estados relacionados, con aplicación en usos y sectores muy diversos. Persigue detectar, además, los cambios en las estructuras y funciones personales, las actividades que una persona saludable puede realizar en un entorno estándar (su "capacidad") y las que efectivamente realiza en su entorno real. Por lo tanto, se persiguen dos dominios de clasificación, el de las funciones y estructuras corporales, y el de actividades y participación de las personas. (NACIONES UNIDAS, 2001). A todo ello, además, se han añadido factores "ambientales" recientemente. No hace falta decir que la unificación conceptual y terminológica para describir los entornos físicos, sociales y ambientales "estándar", tan diversos geográfica y socialmente, resulta una tarea extremadamente complicada y sujeta a continuas revisiones y modificaciones. Puede obtenerse información detallada sobre el sistema internacional de clasificaciones en una página web de la OMS específicamente dedicada a este tema: <http://www.who.int/classifications/icf/en/index.html>

la continuidad, homogeneidad y comparabilidad de las fuentes estadísticas se resiente. Estamos ante un campo estadísticamente poco consolidado.

La oleada internacional de encuestas sobre la discapacidad llega a España en 1987 con la primera encuesta nacional, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (INE, 1987) y es continuada en 1999 con la EDDES, que servirá de principal fuente de datos empíricos para nuestra investigación<sup>9</sup>.

Ahora bien, esta "dotación de información estadística" no ha mantenido la equidistancia entre los dos componentes implícitos en las situaciones de dependencia, las personas dependientes y las personas de quienes dependen. El mayor esfuerzo se ha hecho para cuantificar, describir, clasificar a las personas dependientes y, sobre todo, a las discapacidades que provocan su dependencia. Aún más, en el esfuerzo por "objetivar" los conceptos, la propia situación de dependencia se mantiene en un segundo plano en este proceso, y se "deduce" generalmente de la información recabada sobre la discapacidad (tipo, grado, etc.)

Nuestro foco de atención es el contrario. Es "el lado" de quienes conviven con las personas con discapacidades el que interesa aquí. En particular, nos interesa el impacto que pueda tener la convivencia con la discapacidad en una actividad fundamental: el trabajo.

## 2.2 Estudios comparativos e internacionales

La EDDES99 resulta un hito en la disposición de datos sobre la discapacidad en España pero los cambios metodológicos respecto a su único precedente, la encuesta de 1987, hacen difícil establecer la evolución histórica de la discapacidad. El panorama de la comparabilidad en el resto de Europa no es muy diferente. Es también durante los años noventa cuando en la Unión Europea se hace el esfuerzo final de construir encuestas de cuestionarios específicos mínimamente estandarizados que permitan el análisis internacional.

El inicio probablemente quepa datarlo con la European Community Household Panel (ECHP), cuya primera ola es de 1994. Esta encuesta, que implica una entrevista anual a un panel prerepresentativo de individuos y hogares de cada país, inquiriere sobre un amplio abanico de temas, además de los relativos a la salud (ingresos, educación vivienda, características sociodemográficas y ocupacionales)<sup>10</sup>. La sección sobre salud del ECHP contiene preguntas sobre la percepción subjetiva de salud, las enfermedades crónicas que obstaculizan la actividad cotidiana, la reducción temporal (las últimas dos semanas) de la

---

<sup>9</sup> La dificultad para mantener una definición unitaria y para conseguir una estimación mínima del número de personas afectadas por discapacidades se hace visible en el análisis comparativo. En el caso español, Palacios y Abellán han publicado recientemente un breve pero exhaustiva recopilación de las diversas estimaciones hechas en España con las fuentes disponibles hasta la fecha (un total de 40), que incluye la práctica totalidad de las que han empleado la EDDES99 (Palacios & Abellán, 1996) y que permite constatar dicha dificultad.

<sup>10</sup> Más información en <http://forum.europa.eu.int/irc/dsis/echpanel/info/data/information.html>

actividad por problemas de salud y hospitalización y las consultas médicas en los 12 meses previos para las encuestas (1994-2001). Las preguntas sobre el tabaquismo y el índice de masa corporal se añadieron en 1998. La duración total de la ECHP ha sido de 8 años, desde 1994 hasta 2001, empezando con 12 miembros e incorporando tres más durante este tiempo

Esta primera fuente es progresivamente reemplazada por la nueva serie de Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), desde 2004, que pretende convertirse en la fuente de referencia sobre ingresos y exclusión social para los 25 países miembros, pero que incluye un breve módulo sobre salud (dos preguntas sobre el estado de salud y una sobre la discapacidad)<sup>11</sup>.

National Health Interview & Health Examination Surveys (HIS & HES): De forma paralela a este proceso de las estadísticas comunitarias se ha desarrollado otro, en conjunción con la ECDE, específicamente dedicado a la obtención de estadísticas de salud armonizadas internacionalmente. Ambos organismos recopilaron, mediante el análisis de las encuestas comunitarias y de la EFTA entre 1997 y 2000, 18 ítems de referencia en torno a los cuales constituir un "programa" de unificación, los "18 HIS topics" (National Health Interview & Health Examination Surveys (HIS & HES)), sobre cuyos métodos y resultados puede consultarse (EUROSTAT, 2003). En 2004 se realiza otra recolección de datos por parte de Eurostat, cuyos resultados están pendientes de publicación<sup>12</sup>.

En esta breve panorámica cabe incluir la Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE), una base de datos multidisciplinaria de microdatos sobre salud, situación socioeconómica y redes sociales y familiares de las personas de 50 o más años<sup>13</sup>.

Otras encuestas destacables por las posibilidades que abren para el estudio de la relación entre la salud (y sus carencias) y otros factores y comportamientos sociales, son el English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) (véase <http://www.ifs.org.uk/elsa/>), the U.S. Health and Retirement Study (HRS) (véase <http://hrsonline.isr.umich.edu/>), The Dutch "Living arrangements and social networks of older adults survey" (LSN) (véase <http://ssg.scw.vu.nl/lasa/>).

¿Qué papel juega en este panorama internacional la EDDDES99?

---

<sup>11</sup> Véase [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/reporting/ehss\\_04\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/ehss_04_es.htm), el portal sobre salud pública de la Comisión Europea, donde se describe esta evolución en las fuentes comunitarias y se incluyen links a los principales estudios e informes generados con ellas.

<sup>12</sup> Véase [http://europa.eu.int/estatref/info/sdds/en/hlth/hlth\\_status\\_his\\_base.htm#data](http://europa.eu.int/estatref/info/sdds/en/hlth/hlth_status_his_base.htm#data).

<sup>13</sup> Once países, incluida España, aportan microdatos al SHARE de 2004, y en 2005-2006 se añaden Israel y los nuevos estados miembros de la UE, mientras Irlanda se suma este último año y participará en la nueva edición realizada entre 2006 y 2007 (véase <http://www.share-project.org/>)

## 2.3 La EDDDES99

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías 1999 es la segunda y más reciente fuente de información estadística sobre la discapacidad calificable de macroencuesta de nivel nacional (la muestra incluye 79.000 viviendas y 220.000 personas).

Dada su relevancia estadística, pero también los años pasados desde su realización, puede disponerse fácilmente de información sobre su metodología y características técnicas<sup>14</sup>, sobre sus principales resultados descriptivos<sup>15</sup>, y sobre una gran diversidad de investigaciones en las que se explotaron sus datos primarios.

Los conceptos y clasificaciones de la EDDDES99 toman como referencia la Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>16</sup>. Esta clasificación establece tres niveles de consecuencias de la enfermedad:

- El primer nivel corresponde a la deficiencia, que son aquellos síntomas, señales o manifestaciones de la enfermedad a nivel de un órgano o función de este órgano (por ejemplo una deficiencia osteoarticular).
- El segundo nivel es el relativo a la discapacidad, que se refiere a las consecuencias que la enfermedad produce a la persona (en nuestro ejemplo, podría ser "no poder desplazarse").
- El tercer nivel son las minusvalías, que recogen las repercusiones a nivel social de la enfermedad, es decir, los inconvenientes que la enfermedad produce al individuo en su relación con su entorno y con las demás personas (por ejemplo, la imposibilidad de realizar cierto trabajo, o la necesidad de ayudas para ciertas actividades básicas de la vida cotidiana).

Para poder estudiar los efectos que tienen las discapacidades de una persona sobre las demás personas con las que convive, como aquí se pretende en la vertiente laboral, deben tenerse en cuenta, lógicamente, los factores severidad<sup>17</sup> y tipología de las discapacidades (aquellos que condiciona la posible dependencia y su intensidad), pero también las características socioeconómicas del hogar y de los demás convivientes. La EDDDES99 consta de cuatro cuestionarios diferentes (uno para menores de 6 años, otro sobre las

---

<sup>14</sup> La web del INE proporciona tanto un resumen como la descripción detallada de la metodología de la encuesta, así como documentos diversos relacionados, desde las clasificaciones empleadas hasta los propios cuestionarios de la encuesta: [http://www.ine.es/inebase/menu3\\_soc.htm#3](http://www.ine.es/inebase/menu3_soc.htm#3) (05/02/2006)

<sup>15</sup> El informe general de la Encuesta (INE, 2005), así como diversas explotaciones parciales, puede obtenerse en [http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc\\_inf05/discapa\\_inf.htm](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/discapa_inf.htm) (27/07/2006)

<sup>16</sup> Para más detalle de lo que sigue vease pp 18-21 del informe general de la Encuesta (INE, 2005).

<sup>17</sup> Se define cuatro niveles de discapacidad: inexistente (sin dificultad alguna para realizar la actividad); moderada (con dificultad moderada para realizar la actividad); severa (con dificultad grave para realizar la actividad); y total (no puede realizar la actividad).

discapacidades y las deficiencias de salud que las provocan, otro sobre el estado de salud en general y, de especial relevancia para esta investigación, un cuestionario de hogar, que incluye preguntas a todos sus miembros. Entre tales preguntas se encuentran las referidas a la relación con la actividad y el tipo de ocupación.

En definitiva, de una encuesta de estas características, la información estrictamente médica o funcional sobre las discapacidades pierde protagonismo frente a los factores sociales, convivenciales y del entorno. Distintos tipos de deficiencias de la salud pueden conducir a un mismo tipo de discapacidad, y la posibilidad de las personas compensen tales problemas mediante ayudas técnicas o personales se encuentra mucho más relacionada con factores no "médicos", como las ayudas públicas, sus recursos propios o la composición de su hogar.

No en vano, se entiende la discapacidad como "toda limitación grave que afecte de forma duradera la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia". Ha sido necesario, por tanto, delimitar los actos primarios elementales para poder preguntar al entrevistado cuales no puede realizar. Se establece la salvedad de algunas discapacidades que no tienen su origen en una deficiencia claramente delimitada, sino que se deben a procesos degenerativos de la edad.

Conviene, finalmente, reiterar que este es un campo todavía sujeto a debates y problemas conceptuales, y tener en cuenta que existen dificultades derivadas directamente de las elecciones metodológicas tomadas al establecer los conceptos y sus clasificaciones, a veces necesariamente convencionales. A continuación se enumeran algunos ejemplos:

- Una persona puede verse afectada por varias discapacidades, sin que haya relación entre ellas.
- Una misma discapacidad puede estar causada por más de una deficiencia, pero a efectos de simplificación sólo se identifica como causa a una de ellas.
- Las discapacidades presentan casi siempre diversos grados de severidad, y ha debido decidirse a partir de qué nivel se las incluye en la encuesta como tales.
- De la misma manera, existen diversas duraciones posibles en una discapacidad, lo que obliga a fijar duraciones mínimas como requisito para su inclusión en la encuesta y para la exclusión de las que podrían considerar "pasajeras".
- Debía resolverse también cómo considerar aquellas discapacidades que dejan de serlo con algún tipo de ayuda. En este caso no se consideran las discapacidades que se hayan superado mediante algún tipo de ayuda interna, como puede ser un marcapasos.
- Debía resolverse la relación específica de ciertas edades con la discapacidad.

Probablemente el principal problema de esta fuente estadística, al margen de cuales sean sus detalles metodológicos y de diseño, es su carácter único. El hecho de que hayan cambiado las definiciones de los conceptos manejados respecto a la precedente Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (INE, 1987) impide un auténtico análisis de los procesos temporales de cambio. Como se ha apuntado antes, no se trata de un error, ni puede achacarse a sus creadores ninguna falta de perspectiva o de corrección en el diseño. Simplemente, la falta de consolidación de este tipo de fuentes y de las definiciones y clasificaciones que utilizan ha hecho necesario remodelar por completo la encuesta, de modo que desaparece la continuidad y la comparabilidad. Este no es un problema resuelto y, de hecho, la inminente tercera macroencuesta nacional sobre este tema, que el INE diseña mientras se escribe este informe, la "Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2007 " (EDAD 2007) volverá a suponer un cambio considerable, sencillamente para adaptarse a la nueva clasificación internacional aprobada ya hace años por la OMS.

Es de rigor anotar también que, pese a sus ventajas, la EDDES99 plantea problemas específicos para la investigación que aquí se pretende, siendo el principal que su falta de continuidad temporal tampoco se ve compensada por la inclusión de preguntas sobre los momentos de la vida en que ocurren los acontecimientos. En particular, para poder hacer un análisis óptimo del impacto que tiene la discapacidad sobre la ocupación, propia y de los demás convivientes, resultaría imprescindible disponer de información sobre los momentos o las edades a las que cada persona modificó su relación con el trabajo. Esta información permitiría el tratamiento combinado con aquella otra información relativa a las edades en que la discapacidad hizo su aparición, alcanzó ciertos grados de severidad, o empezó a requerir cuidados especiales de otras personas. Este tipo de preguntas es propio de fuentes distintas, como las encuestas retrospectivas o las especialmente diseñadas para aplicarles después técnicas específicas de análisis biográfico o de ciclo vital. Le EDDES99, en cambio, responde al interés previo, fundamental en el momento histórico actual, de contabilizar y describir las situaciones personales y familiares en que la discapacidad tiene presencia, de manera que nuestros objetivos de investigación deberán adaptarse a las posibilidades reales de la fuente.

### **2.3.1. Los grandes datos**

---

La EDDES99 eleva la población española residente en hogares a un total de 39.247.010 personas, de las cuales 3.528.222, un 9,0 %, declara alguna discapacidad o limitación. Esta proporción, sin embargo, no es comparable a la que arrojan otras fuentes, ni siquiera la de su antecedente de 1986, de manera que su evolución temporal resulta una incógnita<sup>18</sup>. Tampoco resulta fácil la

---

<sup>18</sup> La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías de 1986, antecedente directo de la EDDES99, estimaba 5.743.291 personas afectadas, esto es, un 15 por ciento de la población, 6 puntos por encima del obtenido en la encuesta de 1999. Las razones de esa

comparación internacional. Sabemos, por los datos calculados por la OMS sobre la esperanza de vida en salud<sup>19</sup> o los "años ajustados de vida libre de discapacidad" (DALE)<sup>20</sup>, que España ocupa una posición privilegiada en este ranking (el sexto mejor del mundo con los datos publicados en 2000), pero la escasa armonización de las fuentes internacionales obliga a cierta contención al interpretar este tipo de datos.

Hay más mujeres afectadas por algún tipo de discapacidad que hombres: un 10'3% declararon padecer limitaciones en alguna de las actividades de su vida, mientras que los hombres fueron un 7'7%. No obstante, estos resultados se deben a la mayor esperanza de vida femenina y, por lo tanto, a su mayor abundancia en las edades más avanzadas. Y es que la discapacidad, tal y como se verá, tiene la edad como principal factor determinante. Cuando se anula este efecto, las diferencias asociadas al sexo se reducen notablemente, aunque permanece aún una ligera diferencia desfavorable a la mujer cuando se trata de personas mayores.

La EDDES99 da un tratamiento específico a los menores de 6 años (en vez de discapacidades se persigue detectar limitaciones en un cuestionario específico). Los afectados son escasos, alrededor del 2'2% en esta clase de edad y, de ellos, sólo una muy pequeña parte se ve afectada en las actividades escolares o de socialización. Entre los jóvenes menores de 25 años se mantiene por debajo del 2%, y es a partir de esta franja cuando la prevalencia comienza a ser paulatinamente mayor, manteniendo niveles inferiores al 10% hasta los 55 años. A partir de aquí, la presencia de la discapacidad empieza a ser relevante y a crecer de forma significativa. Si entre la población de 55-59 años alrededor del 10% padecía alguna discapacidad, entre los de 70-74 la proporción de los afectados supera el 26%. Entre los más mayores la discapacidad se convierte en mayoritaria: entre los 85-89 años afecta a más del 60% y a alrededor del 84% de los que superan los 95 años de edad. Por lo tanto, el grupo de personas afectadas por alguna discapacidad se caracteriza por estar formado en su mayor parte por población madura y especialmente por personas mayores.

Las discapacidades que afectan a la población pueden presentar diferentes grados de severidad, que harán más o menos dificultosa la realización de las actividades afectadas. La gran mayoría, entorno al 64%, declara padecer alguna discapacidad grave o total, lo que significa que dichas personas realizan con

---

divergencia radican en las respectivas metodologías. Uno de los cambios más relevantes es la diferente consideración de las dificultades de desplazamiento, que la encuesta de 1999 recoge más "selectivamente" que la del 1986. Las diferencias mayores se concentran en las deficiencias de los aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo (la encuesta de 1986 consideraba discapacidad las dificultades para correr o subir escaleras de muchos enfermos crónicos) y del aparato locomotor. En definitiva, se pretendió corregir la evidente sobreestimación de las discapacidades de movilidad de la encuesta de 1986. En (Jiménez Lara, 2002) se dedica todo un apartado, bajo el título "Las estimaciones de prevalencia de las encuestas del INE y los factores conceptuales de su disparidad" (pgs 30-41), a comparar las categorizaciones utilizadas en ambas encuestas y a analizar sus diferentes resultados cuantitativos.

<sup>19</sup> Puede consultarse la clasificación mundial por países en la web de la OMS: <http://www3.who.int/whosis/hale/hale.cfm?language=english>

<sup>20</sup> Su definición y métodos de cálculo, junto a referencias a trabajos donde es utilizado, pueden encontrarse en <http://www.who.int/healthinfo/bodday/en/index.html>

gran dificultad las actividades afectadas o incluso les resultan imposibles. El resto, el 36%, no tiene dificultades o éstas son moderadas. También la severidad va variando en función de la edad: a mayor edad, mayor dificultad para desarrollar cada una de las actividades.

Cada persona puede verse aquejada por varias discapacidades diferentes a la vez. La EDDDES99 recoge hasta 36 diferentes, que a su vez, pueden ser agrupadas a través de 10 grupos más generales (las limitaciones de los menores de 6 años se identifican en un número bastante inferior, exactamente 14 tipos). Puede comprobarse que el número medio de discapacidades, de las 36 posibles, es de 6'2, algo superior entre las mujeres (6'6 discapacidades por mujer y 5'5 entre los hombres). También este caso la relación es muy directa con la edad, y se intensifica a partir de los 60 años.

Los problemas que más afectan a la población de 6 y más años son aquellos relacionados con los desplazamientos, tanto aquellos que se realizan dentro del hogar y están relacionados con los movimientos del cuerpo (35%), como aquellos que han de realizarse fuera del hogar (60%). Las actividades en las que se originan el mayor número de problemas son aquellas que implican desplazamientos en transportes públicos (48%) o deambular sin medio de transporte (44%). Les siguen las discapacidades que requieren que la persona se levante, acueste y permanezca de pie o sentado (29%), que conduzcan (26'6%) o que trasladen objetos no muy pesados (25'3%). En el caso de los niños entre 0 y 5 años, la mayoría (47'4%) presenta problemas o enfermedades que precisan cuidados especiales, así como dificultades para realizar cosas que los niños de la misma edad ya efectúan (33%). También es muy frecuente que manifiesten problemas para hablar (32'4%) o para caminar, debido a la debilidad o rigidez en las piernas (23'8%).

También el tipo específico de discapacidad varía en función de la edad. El único grupo de discapacidades que repite su importancia en todos los grupos de edad es aquella relacionada con los desplazamientos que han de realizarse fuera del hogar. Este tipo de problemas se presenta como el más común tanto entre los jóvenes, como en la población adulta, madura y mayor. Entre los 6 y 19 años, donde la prevalencia es inferior al 1% para cualquier tipo de discapacidad, destacan pese a todo las discapacidades que implican acciones de comunicación y actividades cognitivas, como entender y ejecutar ordenes complejas o comunicarse a través de la lectura y la escritura. Entre los adultos jóvenes (20-44 años) las actividades que implican desplazamientos externos son las más frecuentes, en particular la incapacidad para conducir. Aunque las discapacidades relacionadas con los desplazamientos se mantienen en todos los grupos de edad, incluso entre las personas adultas-maduras y las mayores, aquellas actividades que implican movimientos corporales y actividades relacionadas con el autocuidado (asearse solo, vestirse...) van ganando presencia a medida que la edad de las personas se incrementa.

Cada discapacidad tiene su origen en una deficiencia, es decir, en la pérdida o la anomalía de un órgano o su función propia. Las deficiencias que están en el origen de la mayor parte de las discapacidades son las osteoarticulares (30% de los casos), seguidas de las deficiencias del sistema visual y auditivo (ambas en el origen de un 17% de discapacidades). Existen, como en el caso de las discapacidades, diferencias en función de la edad. Las denominadas 'otras deficiencias', por ejemplo, son las más comunes entre los mayores de 80 años,

ya que en ellas se incluyen aquellas que se deben a procesos degenerativos, mientras que entre los más jóvenes el grupo de deficiencias mentales constituye la causa más frecuente de las discapacidades.

Detrás de cada deficiencias, por su parte, existe algún factor o agente originario, que la EDDES99 clasifica en 10 categorías<sup>21</sup>. La causa más frecuente del origen de las deficiencias es la enfermedad común, siendo el origen en alrededor del 60% de los casos<sup>22</sup>. Las demás son mucho menos frecuentes; por ejemplo, las denominadas 'otras causas' constituyen el segundo grupo de causa más frecuente, pero solo inciden en la aparición del 18'4% de las deficiencias. También aquí la edad es el principal factor condicionante; las causas más comunes entre los niños y los jóvenes son las congénitas y es a medida que aumenta la edad cuando las enfermedades comunes van ganando terreno.

Estar afectado por alguna discapacidad no implica que las personas en cuestión requieran de la ayuda de otras personas, de aparatos técnicos o que se encuentre en una situación en la que dependa de terceras personas. De hecho, 6 de cada 10 personas requieren y reciben algún tipo de ayuda, aunque solamente en un 48%, menos de la mitad de la población con alguna discapacidad, se trata de una ayuda personal. Un 28'2%, por su parte, se beneficia de ayuda técnica, es decir, aparatos e instrumentos que ayudan a compensar, aliviar y/o a neutralizar los efectos de las deficiencias y las propias discapacidades.

La ayuda personal constituye un elemento importante entre la población menor de 25 años. Entre los jóvenes que padecen alguna discapacidad, más de la mitad requiere ayuda de una tercera persona. Hasta los 60 años, la proporción de aquellos que necesitan asistencia personal se mantiene entorno al 40%, franja de edad a partir de la cual comienza a incrementarse otra vez, hasta llegar incluso a alcanzar el 86% entre aquellos que superan los 95 años. De esta forma, el grupo de población mayor se conforma como el grupo con mayor demanda de asistencia personal de toda la población.

También resulta significativo que una gran parte de la población con discapacidad viva sola, nada menos que un 14%. En este caso, la forma de convivencia de la población, tanto la que padece discapacidad como la que no, se conforma según la etapa vital en la que se encuentran los individuos. Las personas mayores son las que viven en mayor proporción en hogares unipersonales, y no varían esta pauta por la discapacidad hasta que su severidad y acumulación alcanzan umbrales críticos. De hecho, entre aquellos que presentan problemas funcionales, así como entre los más mayores, son más frecuentes todos los tipos de hogares (sin núcleos, monoparentales, parejas solas, extensos y polinucleares) diferentes a la típica forma familiar (pareja con hijos) que predomina en el conjunto de la población. Si tenemos en cuenta el número medio de convivientes en cada hogar, la discapacidad tiene efectos ambiguos según la edad: los convivientes son menos numerosos en las edades

---

<sup>21</sup> Las diferentes causas son: causas congénitas, problemas en el parto, accidentes de tráfico, doméstico, de ocio, laboral u otro tipo de accidente, enfermedades comunes, enfermedades profesionales y otras causas, en las que se incluyen además de las no recogidas en el resto de categorías, aquellas que producen las deficiencias múltiples, aquellas tan frecuentes entre la población de 65 y más años y que se deben a los procesos degenerativos derivados de la edad.

<sup>22</sup> Según la EDDES99 cada deficiencia puede tener como causa más de un problema o factor.

jóvenes-adultas, sin duda por los casos en que la discapacidad dificulta la formación de familia propia, pero son más abundantes en las edades infantiles y más avanzadas, probablemente porque a tales edades la independencia es menos posible y se hacen necesarias otras personas en el hogar. Entre la población mayor, los tamaños de hogar siguen siendo menores cuando se padecen discapacidades únicamente cuando éstas no son severas o absolutas.

### 3 EL MARCO DE LAS RELACIONES ENTRE CUIDADORES Y AFECTADOS

Los principales rasgos arrojados por la EDDDES y que acaban de describirse deben ser entendidos como resultado conjunto, el punto de llegada hasta el momento actual, de una evolución histórica que, a su vez, condiciona el marco de las relaciones entre las personas que padecen discapacidades y su entorno general. A continuación se hace un somero repaso a dicha evolución, distinguiendo los principales campos de cambio, para enlazar posteriormente todos estos elementos con el tema principal aquí: ¿cómo dibujan los datos anteriores y la evolución que ahora se expondrá, el actual marco de relaciones entre el padecimiento de discapacidades y la actividad laboral de las personas que conviven con ellas? Es por eso que nuestro siguiente tema son 1) los cambios demográfico y epidemiológico, 2) las transformaciones experimentadas por la familia y las formas de hogar, 3) la evolución del mercado laboral y 4) los cambios en el marco político.

#### 3.1 El contexto demográfico y epidemiológico

Desde un punto de vista colectivo, el condicionante más directo de la discapacidad y de su impacto sobre los convivientes es, claro está, la evolución histórica de la salud. Su cambio ha sido radical y fulgurante en apenas dos siglos. Más allá en el pasado, prácticamente ninguna población humana había conseguido alcanzar una esperanza de vida de 35 años<sup>23</sup> y nunca la mitad de los nacimientos de ninguna generación había conseguido llegar con vida hasta los 15 años.

El aumento de la supervivencia desencadena, en sí mismo, otros profundos cambios sociodemográficos que afectan al tema que nos ocupa:

1. Disminuyen los requerimientos reproductivos

---

<sup>23</sup> En la España de 1900 no se había alcanzado todavía esa esperanza de vida, y los países más pobres sólo lo han hecho en la segunda mitad del siglo XX.

2. Cambia la estructura de edades, envejeciéndola, y favorece la aparición de la "cuarta edad" como clase de edad relevante en el conjunto
3. Genera pautas migratorias de integración cada vez más amplia entre distintas poblaciones.
4. Modifica el peso de las distintas causas de muerte y de los distintos tipos de morbilidad.
5. Altera el peso respectivo de las distintas formas de hogar, de convivencia y de relaciones familiares.

La disminución de los requerimientos reproductivos que desencadena el cambio en las pautas de supervivencia es el objeto de la llamada "Teoría de la Transición Demográfica", ya esbozada desde la tercera década del siglo XX (Szreter, 1993), y prácticamente la única "teoría" general de los demógrafos. Sin embargo resulta poco sólida como teoría (Arango, 1980). Desde una óptica propia de la teoría general de sistemas, McInnes y Pérez proponen el término "revolución reproductiva" para denominar el conjunto de cambios que conduce a la mayor "eficiencia demográfica" de los nacimientos, y a la consecuente disminución de su número (Pérez Díaz, 1992; MacInnes, 2005). En cualquier caso, los menores requerimientos reproductivos favorecidos por la creciente supervivencia de quienes nacen se traducen en una maternidad menos peligrosa y facilitan que se incremente la atención dedicada a cada hijo. Este cambio ha tenido otro efecto adicional, de gran calado, en la distribución de roles, al eliminar la sobredeterminación reproductiva de la vida femenina (Pérez Díaz, 2003).

El cambio en la estructura por edades, (el conocido "envejecimiento demográfico" a gran escala, que conviene distinguir del envejecimiento rural causado por la emigración) resulta directamente de la mayor eficiencia reproductiva, y tampoco tiene precedentes. El menor número de nacimientos, la otra cara de una supervivencia hasta la vejez prácticamente segura, ha permitido mantener e incluso incrementar la población, pero está modificando radicalmente su estructura por edades. El peso de los mayores aumenta<sup>24</sup>. Antes siempre por debajo del 5%, los mayores de 64 años se aproximan hoy al 20% en algunos países, y el proceso está lejos de haber llegado a sus máximos. La generalización de la supervivencia hasta la vejez hace que, además, proliferen los muy mayores, y haya que hablar ya de la "cuarta edad" como una clase más de personas con un peso significativo, especialmente relevante aquí por la frecuencia con que padece discapacidades o la fragilidad y elevado riesgo de padecerlas (Baltes, 2002).

La inmigración probablemente pasa, en tales condiciones, a formar parte intrínseca de los sistemas demográficos (Cabré Pla, 1999). Muchos países desarrollados con elevada supervivencia están complementando sus mercados laborales con mano de obra externa, que además se convierte en un componente fundamental del crecimiento poblacional. España, que se suma

---

<sup>24</sup> El tema es de tal envergadura que el último Congreso Europeo de Población, celebrado en Liverpool en el mes de junio de 2006, tenía como lema, "Population Challenges in Ageing Societies" (la web del congreso es <http://epc2006.princeton.edu/>).

muy recientemente a este grupo, lo experimenta sin embargo con una intensidad extraordinaria incluso en el contexto europeo (Domingo, 2006).

Las morbilidad y causas de muerte más frecuentes sufren una redistribución de gran calado con todo este proceso. A medida que la mortalidad "precoz" se reduce, las causas de muerte propias de las edades avanzadas pasan a ser las más comunes, y también el peso respectivo de las distintas enfermedades se reconfigura. La "Teoría de la Transición Epidemiológica" ofrece, a partir de los años setenta, un cuadro general de las distintas fases de este cambio (Omran, 1971; Omran, 1983; Omran, 1998): hasta mediados del siglo XIX el principal cambio es la reducción de las plagas y las hambrunas (fase 1), pero ya hay algunos países que también empiezan a reducir las epidemias y enfermedades infecciosas, especialmente las infantiles, con una mejora muy acelerada de la esperanza de vida general (fase 2). Las causas de muerte tradicionales fueron progresivamente desplazadas por las crónicas y las degenerativas, configurando a partir de los años treinta del siglo XX un patrón de mortalidad dominado por las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares y los cánceres, al tiempo que fue extendiéndose la visión que estaba cerca de los límites de la vida humana (fase 3).

Este cuadro teórico, sin embargo, ha debido revisarse porque las fases y ritmos no parecen iguales en todo el mundo, y porque incluso en los países más avanzados se inician, ya en los años setenta, cambios inesperados en la supervivencia y la salud de la vejez. Olshansky y Ault etiquetan esta fase como de las "enfermedades degenerativas en edades avanzadas" (Olshansky, 1986), caracterizada por

- el rápido descenso de la mortalidad en los más mayores de ambos sexos
- el desplazamiento a mayores edades de las causas de muerte degenerativas, y
- la progresiva concentración de las ganancias de esperanza de vida en intervalos de edades cada vez más avanzadas.

Desde otra perspectiva, Rogers y Hackenberg (1987) consideran que esta nueva etapa es la de la influencia de los "estilos de vida" sobre los patrones de mortalidad<sup>25</sup>.

Esta evolución no siempre se reconoce como el gran éxito histórico que es y con frecuencia se la considera incluso alarmante (olvidando que los avances se producen en la duración de la vida, no en su irrevocable finitud). Por otra parte, la mayor supervivencia hasta vejez y la mayor probabilidad de sobrevivir a problemas que hubiesen sido mortales en el pasado, han creado también un miedo creciente a "la pandemia de las enfermedades degenerativas" que, aparentemente, debería derivarse de que hoy se viva durante más años a lo largo de edades en las que esas son las enfermedades más comunes.

Esta última creencia estaba implícita en la campaña "vida a los años" de la OMS (el lema del día mundial de la salud de 1982). La convicción generalizada era que ya poco podía mejorar la supervivencia en las sociedades avanzadas, y que

---

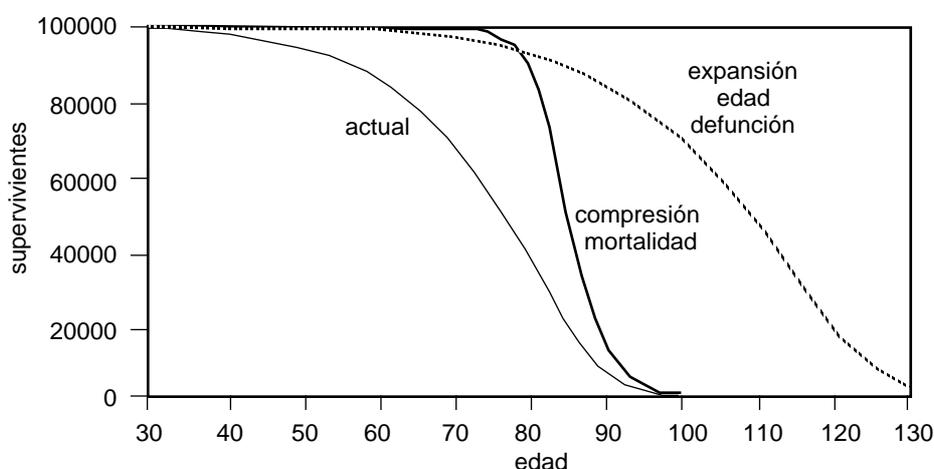
<sup>25</sup> Puede encontrarse un amplio análisis de la mortalidad de los últimos 40 años España, desde la óptica de la transición epidemiológica, tanto en lo que se refiere a las causas de muerte como a las diferencias provinciales, en (Blanes, 2006)

cualquier mejora adicional redundaría únicamente en más años de discapacidad y dependencia.

Casi un cuarto de siglo después los datos son poco claros al respecto. Si bien Robine confirmaba las sospechas con un mayor crecimiento relativo de los años de discapacidad durante los años setenta y ochenta en los principales países anglosajones (Robine, 1991), los datos internacionales más recientes y más amplios de la OMS sobre esperanza de vida en salud<sup>26</sup> señalan una sorprendente reducción de los años de discapacidad en los países que tienen más esperanza de vida (Murray, 1996).

Pero la incógnita teórica más inmediata y general que está planteando la evolución de la supervivencia es, simplemente, si la vida humana mantendrá inalterados unos límites a los que casi todo nacimiento podrá aproximarse en el futuro (pero no superar), o si las mejoras implicarán un desplazamiento de los límites hacia edades cada vez más avanzadas. En el primer caso, el gráfico de supervivientes por edad tendería a perder su forma curva y acabaría con un perfil prácticamente rectangular. La expresión "rectangularización de la supervivencia" (Fries, 1980) es hoy de uso común en este debate, y al mismo autor se asocia otra frecuente expresión, la "compresión de la morbilidad" en los últimos años e incluso meses de vida previos al fallecimiento.

**Gráfico 1. Compresión y expansión de la curva de mortalidad**



Fuente: inspirado en (Manton, 1991)

En realidad es difícil encontrar ámbitos de la vida humana que tengan relevancia en la interrelación entre personas dependientes y personas cuidadoras y que no se hayan visto profundamente alterados por el cambio demográfico-epidemiológico que brevemente acaba de describirse. Ese es sin duda el caso de los cambios en la propia convivencia y las relaciones familiares, así como en el marco organizativo y material del trabajo. Sin embargo ambos

<sup>26</sup> Véanse los datos y la metodología de la OMS en su página web (04/08/2006): [http://www3.who.int/whosis/hale/hale.cfm?path=whosis.burden\\_statistics.hale&language=english](http://www3.who.int/whosis/hale/hale.cfm?path=whosis.burden_statistics.hale&language=english)

ámbitos de cambio presentan dinámicas propias y un interés evidente aquí, que justifica un análisis separado de su evolución reciente:

### 3.2 Cambios en los hogares y las familias

Los cambios demográficos modifican los marcos de convivencia en el hogar. El descenso de la ancestralmente elevada mortalidad infantil supuso en sí mismo un fuerte impacto en la cantidad de nacimientos requeridos, y la masiva supervivencia desde el nacimiento hasta las edades fecundas hizo que el "trabajo" reproductivo estuviese más repartido y el número de hijos por persona pudiese disminuir aún más. Pero también la posterior mejora en la supervivencia de los adultos ha retrasado la incidencia de la viudedad o de la orfandad, asegurando la pervivencia del núcleo filial-conyugal durante más años en los ciclos vitales, y aumentando su peso en el conjunto de los tipos de hogar. Por si fueran pocos, a estos cambios "estructurales" deben añadirse los cambios en las conductas asociadas.

Durante décadas, especialmente las primeras del siglo XX, estos cambios fueron vistos únicamente como muestra de cambios en los valores, e interpretados con pesimismo, y todavía es esa la valoración con que se observan hoy día por amplias capas sociales o políticas.

Los teóricos anglosajones de los cambios familiares postularon la asociación entre el industrialismo y la supremacía de los hogares nucleares con "salario familiar" masculino (el "bread winner" anglosajón). A dicha situación se habría llegado tras una dura "competencia" entre la familia y otras instancias como el Estado o el "mercado", que progresivamente habrían vaciado a la familia de funciones tradicionales (Parsons, 1949) hasta reducirla al suministro de apoyo emotivo y a la reproducción. Este no era un cuadro muy optimista respecto a la evolución futura de la familia, que algunos consideraban incompatible, a la larga, con la nueva civilización industrial (Davis, 1937).

El pesimismo respecto al futuro de la familia y sus funciones tradicionales desapareció temporalmente durante los años del "baby boom", pero volvió, renovado, a partir de los años setenta, cuando la fecundidad reemprendió su descenso; en pocos años se habían alcanzado nuevos mínimos históricos en prácticamente todo el mundo desarrollado. El descenso, además, coincidía poco después con la crisis industrial, la reconversión de las economías avanzadas hacia la supremacía del sector terciario, y la crisis final del modelo de familia nuclear con un único salario, que ha dado paso definitivamente a las parejas de dobles ingresos.

En ese contexto las explicaciones sobre los cambios familiares se hicieron más económicas que morales, aunque también pesaran en ellas los cambios de valores o de "preferencias". Un precedente lo constituyó en su día la propuesta de Easterlin para explicar el propio "baby boom". Atribuía los ciclos de la fecundidad a su interconexión y mutuo refuerzo con los ciclos económicos, a través de las ventajas y estreñimientos que provocaban los volúmenes relativos de las generaciones, especialmente cuando alcanzan edades activas y deben competir por los puestos de trabajo (Easterlin, 1975; Easterlin, 1987).

Pero la culminación de las teorías económicas sobre los comportamientos conyugales, familiares y fecundos llega con la microeconomía y las teorías sobre el "coste económico" de los hijos, cuyo exponente más conocido es (Becker, 1981). Destaca la importancia del creciente nivel de estudios y de ocupación de las mujeres, así como el sostenido aumento en los costes de la maternidad (no sólo los costes económicos directos sino, sobre todo, los "costos de oportunidad"). La teoría produce así un modelo en el que se explican fenómenos como el retraso de los calendarios nupciales y fecundos o la reducción de las descendencias. También en este tipo de teorías existen versiones que enfatizan los valores "económicos", como los que estimulan las crecientes aspiraciones de consumo y conducirían inevitablemente al doble salario familiar (Lesthaeghe and Willems, 1999)

De hecho la principal crítica a las explicaciones puramente económicas de la baja fecundidad y de su retraso es que ignoran los cambios normativos y de los valores familiares y reproductivos (Sobotka, 2004). La inclusión de tales consideraciones, más sociológicas, pero también una cierta reivindicación de los propios cambios estructurales inducidos por los cambios demográficos, desemboca en la Teoría de la Segunda Transición Demográfica. (Van de Kaa, 2002; Lesthaeghe, 1991). Se pretende con ella explicar un conjunto mucho más amplio de cambios en los comportamientos conyugales y familiares, que incluye las nuevas actitudes ante la sexualidad, la creciente igualdad de roles en la pareja, el aumento de las separaciones, la cohabitación y la fecundidad extramatrimonial, el retraso de los calendarios nupcial y fecundo, así como el progresivo cambio en el mapa de las estructuras familiares, cada vez más diversas, con presencia creciente de los hogares unipersonales, las parejas sin hijos o los monoparentales. Además de los factores económicos o el creciente nivel educativo femenino, se enfatizan aquí también otros como la relajación de las normas tradicionales o de las limitaciones impuestas anteriormente por las normas religiosas o por la autoridad patriarcal. En su explicación intervienen los cambios en la prosperidad y seguridad personal proporcionadas por el proceso de modernización social y económica, el "posmaterialismo" (Inglehart, 1991), el desarrollo de los estados del bienestar y, también, la paralela difusión de las nuevas ideas asociadas. El control "perfecto" de la fecundidad es resultado de la combinación de altos niveles de estudios femeninos y de la disponibilidad y legalización de los métodos necesarios.

En general, la teoría de la segunda transición demográfica identifica la fecundidad como motor principal de los cambios, de la misma manera que fue el descenso de la mortalidad el que impulsó anteriormente la primera transición demográfica. De este modo se explican tanto el envejecimiento demográfico como la necesidad de un saldo neto migratorio positivo, pero también la evolución de las formas de hogar.

En cualquier caso, las grandes teorías compiten y se complementan, pero no suelen coincidir en la jerarquía de los factores. En lo que respecta al tema de este proyecto de investigación, resultan especialmente relevantes las explicaciones del cambio familiar que lo relacionan con el cambio del mercado laboral y del sistema productivo en general. Los calendarios vitales de la constitución familiar, pero también de los cuidados a familiares, guardan una relación estrecha con las tasas de actividad femenina, las condiciones específicas de cada país en la regulación del mercado de trabajo, el tipo de ocupaciones y de empresas, la flexibilidad de los empleos y los horarios laborales, las políticas

de bienestar (Adelantado, 2000), de empleo, de igualdad o de apoyo familiar. Esta visión tiene la ventaja, para los Estados, de conceder automáticamente a las políticas públicas en todas estas materias una capacidad explicativa de primer orden, pero también permite reconocer la influencia de la precariedad o la incertidumbre laboral de los jóvenes (Kohler, 2006), o la prolongación sin precedentes de sus estudios, especialmente entre las mujeres (Mills, 2005), sobre los comportamientos observados en la constitución de pareja o la procreación.

Lo que tienen en común todas las posturas anteriores es un trasfondo pesimista sobre la evolución de la familia y sus consecuencias. Por una parte, no se ve fin al descenso de la fecundidad y, de hecho, la consecuencia final sería la pérdida de población. Por otra, la propia familia es vista en crisis y, por lo tanto, también la sostenibilidad del futuro cuidado informal. En esto, por tanto, no ha habido demasiados cambios respecto al "pesimismo" sobre la familia de hace casi un siglo, mientras que la realidad observada sigue empecinadamente sin alcanzar las catástrofes previstas y muestra, de hecho, una cada vez mayor salud y valoración de la institución familiar.

Hasta muy recientemente el estudio de estos temas ha estado muy condicionado por el tipo de fuentes estadísticas disponibles. La supeditación de las estadísticas oficiales al hogar como unidad "administrativa" y "oficial" de recogida ha influido enormemente en la perspectiva científica aplicada. Desde el funcionalismo norteamericano, con autores como Parsons o Davis, se ha contemplado la "modernización familiar" como un proceso de reducción en el tamaño de las redes, conducente a su concentración en la "familia nuclear". Esta perspectiva ha sido contradicha repetidamente por la observación, especialmente en los países del sur de Europa, pero la ausencia de fuentes estadísticas que rebasen el estricto ámbito del hogar ha dificultado enormemente el estudio de los cambios en la familia.

Este condicionamiento provocado por las propias fuentes estadísticas genera tres tipos de problemas conceptuales:

- la estructura del hogar es un corte temporal en un proceso dinámico, que debería estudiarse desde la óptica del ciclo vital (Requena y Díez de Revenga, 2004)
- El hogar no es un ámbito suficiente para el estudio de las solidaridades familiares e intergeneracionales, cuya importancia no ha hecho más que crecer, frente a lo que suponía el antiguo funcionalismo estadounidense.
- En las estadísticas más corrientes las relaciones entre convivientes son determinadas a partir de una figura principal, el antiguo "cabeza de familia" o el "bread winner" anglosajón, lo que introduce un importante sesgo de género, agravado por tratarse de una cuestión en la que son las mujeres las que ocupan un papel más relevante y explicativo.

En los últimos años se están haciendo distintos intentos por superar esta limitación de las propias fuentes estadísticas. El peso creciente de la familia en las solidaridades con las que la población ha abordado las recientes mejoras de la supervivencia y la salud hacen urgente trascender el hogar como único ámbito de análisis, y son ya diversos los países europeos que han diseñado

encuestas específicas sobre las redes familiares<sup>27</sup>, entre las que se encuentra la que acaba de producir el Instituto de Estadística de Andalucía (IEA, 2006 #187).

## 3.3 Cambios en el mercado laboral

### 3.3.1. Panorámica general

---

En el mercado laboral se encuentran la oferta de trabajadores y la demanda de los empleadores, y en España ambos componentes han experimentado cambios históricos muy rápidos que modifican también la relación con la actividad laboral de quienes conviven con personas afectadas por discapacidades.

España tuvo una distribución sectorial del empleo muy arcaica hasta prácticamente el último cuarto del siglo XX. Todavía en los años sesenta un tercio de los trabajadores estaba ocupado en el sector primario<sup>28</sup>, y las primeras generaciones que accedieron a su primer empleo de forma mayoritaria en el sector industrial fueron las nacidas en los años cuarenta (Pérez Díaz, 2001). La industrialización fue fulgurante en los años sesenta y setenta, pero la "crisis del petróleo" y el dramático impacto en el mercado laboral se saldaron con una nueva y rapidísima reestructuración del sistema productivo, que condujo en poco tiempo a la actual preponderancia del sector ocupacional terciario, común, por otra parte, a todas las economías avanzadas.

Quiere ello decir que en nuestro país se produce una superposición excepcional de generaciones con un perfil socio-laboral muy diferente:

- Los más mayores iniciaron sus trayectorias laborales muy precozmente, en el sector primario, con escasos estudios previos, con mucha carga física y frecuentemente a la intemperie, y con grandes diferencias de género (el trabajo reproductivo de las mujeres era mucho, duro, y frecuentemente alternado con un trabajo productivo "complementario"). Para muchos de ellos hubo un último episodio laboral con el masivo éxodo rural de los años

---

<sup>27</sup> Precisamente este es el tema en Bonvalet, C. y Ogg, J. (2006), *Enquêtes sur l'entraide familiale en Europe*, Paris, INED. En él se dedican nueve capítulos a la descripción de otras tantas encuestas recientemente realizadas en Europa desde esta perspectiva, incluida la del Instituto de Estadística de en Andalucía en 2005.

<sup>28</sup> El contraste es enorme con los países pioneros de la industrialización. El sistema productivo del Reino Unido, en 1900, ya sólo ocupaba el 9% de los trabajadores en el sector primario.

sesenta, y acabaron sus días como obreros sin cualificación, frecuentemente de la construcción o del servicio doméstico.

- Los actuales maduros o recientes jubilados nacidos en los años cuarenta o cincuenta, estuvieron al menos universalmente escolarizados y su trabajo fue mayoritariamente urbano, asalariado e industrial. Las diferencias de género se acentúan en ellos, porque es en estas generaciones donde culmina el modelo de familia complementaria y donde se engendra el "baby boom". Las mujeres trabajaron "de solteras" más que cualquier generación anterior, pero también abandonaron masivamente el trabajo extradoméstico al casarse y tener hijos, aunque muchas lo retomaron, en ocupaciones de bajo nivel y ya a edades maduras (Garrido Medina, 1992).
- En las generaciones adultas-jóvenes, con menos de 40 años, el nivel de instrucción crece y el inicio de la actividad laboral se retrasa (en parte por coincidir con los años de crisis y reconversión hacia una economía terciaria, en los que el acceso al trabajo fue muy difícil). Una de sus grandes innovaciones es que las mujeres aventajan a los hombres en la dedicación a los estudios, y rompen radicalmente con el modelo de ciclo vital de había culminado en sus madres. Tras formarse extraordinariamente, se declaran activas en proporciones crecientes y nunca vistas, y condicionan los "tempos" de la constitución de familia, incluido el nacimiento de los hijos, a la consolidación laboral, lo que se traduce en un retraso generalizado de los "calendarios" familiares y reproductivos.

Estos cambios generacionales corren paralelos, como ya se ha señalado, a una gran rapidez en los cambios del mercado laboral. En ese proceso resultan llamativos los que experimenta su capacidad para generar ocupación. El boom industrial de los sesenta ni siquiera conllevó la plena ocupación masculina (millones de españoles emigraron en busca de trabajo). El paro irrumpió con la crisis del petróleo y, aunque poco después, a mediados de los años ochenta, se estaba consiguiendo el mayor ritmo en la creación de nuevos puestos de trabajo que nunca había tenido el país, el paro siguió creciendo; por una parte, se destruían también muchos puestos de trabajo (el sector industrial estaba en pleno desmantelamiento) y, por otra, las mujeres jóvenes, ahora con tantos o más años de estudios que los varones, daban el lógico paso de declararse activas y buscar trabajo. A principios de los años noventa se produjo una segunda crisis de empleo, pero los finales de los noventa y lo que llevamos de nuevo siglo son históricamente extraordinarios y, por primera vez, el país no sólo ha dejado de caracterizarse por la escasa capacidad para generar puestos de trabajo, sino que ni siquiera puede cubrir todos los que genera con demanda de los trabajadores nacionales. La inmigración se ha convertido en muy pocos años en un componente muy sustancial de la población española y el ritmo de crecimiento demográfico ha vuelto a aumentar.

### **3.3.2. La actividad femenina**

---

Mucha de la atención y las reflexiones que hoy se hacen respecto a la sostenibilidad futura de los cuidados informales se centran en la evolución de la

actividad femenina, y no es casual. En los ciclos vitales femeninos la componente laboral siempre se ha visto muy afectada y condicionada por las diversas etapas familiares y los "trabajos" relacionados, especialmente el de proporcionar "cuidados" a otros, sobre todo a los niños. De hecho, se trata de "otro trabajo" (a veces caracterizado como "reproductivo" en su sentido social más amplio), que compite directamente con el tiempo y las fuerzas dedicadas al llamado "trabajo productivo".

En efecto, la "tasa de actividad" femenina ha sido tradicionalmente baja porque constituye en sí misma un concepto asociado a la extensión de la economía industrial de trabajo asalariado, y a la contabilidad nacional de los estados modernos. Pero ello no significa que el trabajo extradoméstico femenino fuese realmente escaso. Era tradicionalmente abundante en el pasado y, en realidad, la actividad femenina descendió incluso en las generaciones españolas nacidas en la primera mitad del siglo XX, a medida que se extendía un modelo de hogar nuclear, con roles muy especializados asociados al género, en el que el trabajo femenino se concentró hasta extremos inusitados en las tareas domésticas y familiares.

La culminación del modelo "complementario" se da en las generaciones nacidas en los años cuarenta-cincuenta, las "supermadres" del Baby Boom, cuyo ciclo vital abrumadoramente mayoritario pasa por

- 1) la escolarización primaria (prácticamente universal, por primera vez en la historia española),
- 2) el trabajo asalariado "de soltera", como aporte económico a la familia de origen (nótese que ambas cosas contrastan con la dedicación precoz a las tareas domésticas y la infancia no escolarizada de las mujeres más mayores que ellas),
- 3) noviazgo y matrimonio tempranos y muy extendidos (la soltería femenina, tradicionalmente muy alta, cae a sus mínimos históricos y pasa a ser inferior a la de los hombres, por primera vez en nuestro país)
- 4) un primer hijo inmediatamente posterior (la infertilidad femenina cae también a sus mínimos históricos en estas generaciones),
- 4) abandono del trabajo extradoméstico e inicio de un periodo de dedicación intensísima al hogar, en trabajo y en horas,
- 5) pocos hijos más, muy rápidamente, haciéndose mayoritario el tener sólo dos hijos y, en cambio, convirtiéndose en una auténtica rareza los grandes tamaños de descendencia (paradójicamente, junto a la "democratización" de la maternidad, consiguen también por primera vez un control casi total del tamaño de su descendencia, cosa que facilitan enormemente los nuevos y baratos anticonceptivos).

Cuando estas mujeres han ido alcanzando las edades maduras, con los hijos ya "criados", han vuelto al mercado laboral en una proporción considerable, aunque casi siempre en empleos de escasa cualificación, y se están jubilando ya o lo harán en pocos años.

El cambio a un modelo igualitario de trayectoria familiar-laboral se da en España, un país de cambios vertiginosos, en las generaciones inmediatamente siguientes, hijas de las que acabamos de describir. Con ellas el modelo complementario de sus madres es abandonado casi completamente. Nacidas en

los años sesenta y setenta, liberadas por sus madres de la "ayuda en casa", no se plantean siquiera emular el tipo de vida que éstas habían llevado hasta su última expresión (casi podría pensarse que lo habían "agotado", avocando una cantidad inusitada de tiempo y trabajo, con una conciencia clara de que sus hijas debían hacer su vida con objetivos y estrategias distintas).

Estas nuevas generaciones de mujeres ni siquiera inician jóvenes su primera ocupación; lo que hacen es estudiar, más incluso que sus coetáneos masculinos (novedad histórica ésta de un calado social difícil de exagerar). Por otra parte, existen pocas alternativas, en unos años de juventud marcados por la crisis y la desocupación.

Cuando finalmente acceden al mercado laboral lo hacen masivamente, con tasas de actividad similares ya a las masculinas. Y esta vez no lo hacen con la pretensión de un "trabajo de soltera", temporal, en espera del matrimonio y la procreación. La nueva biografía femenina posterga esas otras etapas hasta haberse consolidado en su vertiente laboral. La vida en pareja o la maternidad coexisten con el trabajo remunerado, que estas mujeres ya no abandonarán hasta la jubilación, siguiendo la misma pauta anteriormente exclusiva de los hombres. En ellas la unión conyugal es tardía, y el primer hijo todavía más. La maternidad ya no es una secuela inmediata de la unión conyugal; resulta de una decisión independiente de la que conduce a la unión, en la que entran consideraciones de muy nuevo cuño, incluidos los efectos en la trayectoria laboral (es lo que los especialistas llaman la fase del "control perfecto" de la fecundidad, es decir, de control del número de hijos, pero también del momento en que se tienen). En resumidas cuentas, y en un periodo histórico brevísimo, el matrimonio ha dejado de ser la vía principal de "colocación social" para las mujeres y de ir automáticamente vinculado a la procreación.

En todo ello resulta crucial el efecto del nivel de estudios femenino. Por una parte tiene un efecto, sistemático, casi "mecánico", sobre los calendarios vitales. No ha cambiado mucho, por ejemplo, la edad a la que empiezan a trabajar las mujeres con los distintos niveles de estudios; las que tuvieron estudios superiores siempre empezaron más tarde a trabajar, mientras que las que no tenían estudios trabajaban desde muy jóvenes. Si en todo ello ha habido pocos cambios, lo que ha cambiado en realidad es la proporción en cada nivel de estudios: hace poco las mujeres estudiaban poco, mientras que las nuevas generaciones tienen estudios en grados superiores de forma casi mayoritaria. Por otra parte, la elevada "inversión" en estudios hace sumamente disfuncional su no "aprovechamiento" posterior en el mercado laboral, a la vez que eleva el perfil ocupacional y, con él, el estatus y los ingresos. En definitiva, impulsa hacia arriba a las mujeres en la estructura social, las independiza, de modo que la unión conyugal o la maternidad no sólo se retrasan, sino que además se convierten en decisiones mucho más opcionales y libres que antaño, decisiones que corre mucha menos prisa adoptar y cuyo peso "vital" es mucho más equilibrado con el trabajo extradoméstico.

No es de extrañar, por tanto, que en muy poco tiempo la compatibilidad entre la vida laboral y familiar haya emergido como tema político de primer orden. No es sólo una cuestión individual; cabe plantearse, desde una perspectiva colectiva y pública, cómo se están viendo afectados todas aquellos trabajos que las mujeres realizaban al margen del mercado laboral, en su entorno doméstico y familiar, pero con alguna utilidad pública aunque no fuese reconocida. Puesto

que no entraban en la contabilidad nacional, no existen apenas datos cuantitativos directos sobre este tema. Pero sí los tenemos indirectos, entre los cuales es posible que el descenso de la fecundidad hasta niveles nunca vistos sea el indicio más evidente. Resulta claro que también se encuentra aquí el núcleo temático sobre la manera en que los cuidados requeridos por otra persona afectan al trabajo de las mujeres.

No obstante, puede que no todas las "tareas" tradicionalmente asignadas al rol tradicional femenino se vean afectadas de la misma manera, y que la procreación y cuidado de los hijos responda a una lógica diferente. De hecho, una cosa es traer nuevas vidas al mundo y otra es mantener el cuidado de quienes ya están en él. No es tan evidente cómo se relacionarán en el futuro las nuevas tendencias en la actividad femenina y la disponibilidad de cuidados a los dependientes.

Hay quien enfatiza el cambio cultural y habla de la "ética" de los cuidados como algo inherente a la socialización femenina que podría atenuarse si las mujeres incrementan su actividad y la sustituyen por una "ética de la igualdad" (Doty et.al., 1998). Pero también hay quien encuentra que la "ética del cuidado" se mantiene incluso cuando las mujeres son activas, y existen indicios de que las mujeres trabajadoras y cuidadoras principales siguen dedicando muchas horas semanales a esta última función (Moen 1995).

Desde la óptica sociodemográfica, también resulta recurrente la predicción de graves dificultades en la suficiencia del número futuro de cuidadores, porque las previsiones se hacen mediante una ratio entre los futuros "necesitados de cuidados" (mayoritariamente personas de edad avanzada) y las mujeres de edades adultas-maduras. Hay quien, sin embargo, señala que existe una excepcionalmente buena coyuntura demográfica para que los mayores tengan cuidadores (Keefe et. al., 2005, pg 7) y, de hecho, probablemente nunca en la historia de los países más desarrollados había habido tantas personas que sobreviven hasta las edades en que se asume con más frecuencia el rol cuidador (las edades maduras y la primera vejez).

Añádase a ello el adelanto de la jubilación. Aunque es cierto el intenso incremento de la actividad laboral femenina, la actividad general ha descendido en las edades finales del ciclo laboral, también entre las mujeres, lo que equivale al adelanto de la salida definitiva del mercado laboral, sin demasiadas diferencias en ambos sexos. La literatura existente (Weaver, 1994) cuestiona que la reducción de la actividad femenina pasados los 55 tenga que ver con las responsabilidades cuidadoras; los motivos parecen ser de orden económico y relacionados con la reestructuración del sistema productivo, las políticas de personal de las grandes empresas y la evolución de la política de pensiones, es decir, los mismos que explican el adelanto de la jubilación masculina. Pero sí parece comprobado que la jubilación anticipada favorece la mayor dedicación a las tareas de apoyo a familiares y convivientes, incluidos los cuidados personales por motivos de discapacidad.

También cabe plantearse si la escasa frecuencia e intensidad con que se ha asumido el rol cuidador por parte de los hombres se mantiene inalterable en estas edades. Existen indicios de un cambio sustancial, especialmente en las edades en que los hombres ya están jubilados y pueden asumir funciones

sociales y familiares hasta ahora escasamente identificadas con la "masculinidad" (Pérez, 2003) y, de hecho, en España se observa una cantidad no despreciable de hombres que ejercen como cuidadores principales de personas con alguna discapacidad (INE, 2005).

### 3.4 Cambio en las políticas

Desde una óptica internacional, los Estados condicionan de formas diversas, según el momento y el lugar, la vida de quienes padecen discapacidad, y la vida social en general. En muy buena parte lo hacen a través de las que han dado en llamarse políticas de "bienestar".

Desde el punto de vista comparativo, sus distintos modelos son hoy vistos principalmente a través de la muy influyente obra de Esping-Andersen (1993), en la que los criterios clasificatorios tienen que ver principalmente con los diseños de las políticas públicas de los Estados, especialmente en materia de educación, sanidad y protección a la vejez. Sin embargo, el bienestar tiene evidentemente otros condicionantes históricos y sociales, crítica que pronto se le hace a Esping-Andersen (Adelantado, 2000), de manera que el propio autor ha debido revisar posteriormente sus criterios para incluir el peso de "la familia", sin el cual la situación de países como España o Italia se entendía bastante mal (Esping-Andersen, 1996). Finalmente se admite que el "Bienestar" es una función que los Estados comparten con las propias redes familiares, instituciones ambas que, ahora sí, agotan prácticamente las opciones posibles en la "desmercantilización" de bienes y servicios (aunque otras relaciones como las de amistad o las de vecindad podrían incluirse también, no alcanzan el carácter organizado y sistemático que esta función tiene en el Estado o la familia). Por ello existen hoy autores que hablan ya directamente de un modelo adicional en el esquema iniciado por Esping-Andersen, el del "Mediterranean welfare" (Iacovou, 2002).

A conclusiones similares se está llegando también desde una óptica evolutiva, histórica. El avance en los estudios de la familia lleva en algunos autores a cuestionar la principalidad analítica del Estado y la economía política en este tema. Para (Reher, 1998) la principal causa de diferencias internacionales en los sistemas de bienestar no es política, sino derivada de las diferencias históricas en los sistemas familiares. Pero ya existían autores que priorizaban el papel de las estructuras familiares incluso en el análisis del desarrollo económico y los sistemas públicos de bienestar en general (Todd 1987). También se menciona una diferente "disposición" a aceptar el rol cuidador o el de sujeto de cuidados, especialmente entre las mujeres y entre las personas mayores, como característica propia de ciertas culturas y países que influye en el diseño de las políticas de Bienestar (Duran 2002, pg. 253).

Desde una óptica temporal más reciente, convergen los autores que afirman la existencia de un cambio global de estrategia en las políticas sanitarias y de bienestar (Turnbull, 2000), desencadenado por las consecuencias económicas y políticas de la llamada "crisis del petróleo", la revolución neoliberal posterior y

las políticas económicas y presupuestarias con que los Estados y los organismos financieros internacionales construyeron las "recetas" de la actual ortodoxia del crecimiento económico (Dooghe, 1992; Adelantado, 2000; Dean, 2006).

Aunque en su día se utilizó el envejecimiento demográfico como un argumento justificativo para los ajustes, el tiempo ha demostrado que la principal causa del imparable ascenso de los gastos sanitarios no es el cambio en la composición por edades (ha habido incluso mejoras en el estado de salud de los mayores), sino la combinación de una demanda creciente y de continuos avances técnicos<sup>29</sup>, es decir, un cambio en las aspiraciones y en los medios que, esta vez sí, resulta especialmente significativo en las edades más avanzadas y que varía sustancialmente de unos países a otros (Dormont, 2005).

En lo que se refiere a nuestro tema, resulta fundamental que se haya abandonado la pretensión de "profesionalización" absoluta de los cuidados, para adoptar una nueva estrategia que persigue la máxima implicación de los familiares. Este cambio es hoy muy visible en los ámbitos más diversos: los padres han acabado convirtiéndose en "especialistas" en salud infantil; se han "vaciado" las camas de hospital ocupadas por mayores, aunque éstos sean cada vez más; los procesos postoperatorios se han trasladado masivamente a los hogares de los intervenidos; se han promovido los cuidados paliativos frente a los hospitalarios<sup>30</sup>... Incluso la antipsiquiatría radical de los sesenta ha encontrado un inesperado aliado en el liberalismo sanitario de los ochenta y noventa.

En las últimas décadas la UE ha seguido una política explícita de contención del gasto en pensiones y en salud, y de incremento del gasto social, mucho más maleable tanto en los criterios de asignación como en las prestaciones y proveedores. Hay quien en ello ve signos del ocaso de los regímenes de bienestar clásicos, confirmados por otras medidas liberalizadoras o por las innovaciones en la financiación de los cuidados. Se están promoviendo los cuidados informales, y desincentivando los costosos cuidados formales a domicilio, al proporcionar un pago fijo a los cuidadores del hogar que "compense" su pérdida de ingresos (Sarasa, 2006). Este tipo de medidas ha sido adoptado en los años noventa por los gobiernos conservadores de Francia,

---

<sup>29</sup> Para una discusión multidisciplinar sobre este tema véanse las diversas aportaciones al Workshop "Understanding trends in disability among elderly populations and the implications of demographic and non- demographic factors for future health and long-term care costs", organizado por la Comisión Europea y la OCDE en 2005, cuyas actas se encontrarán en [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/events/2005/events\\_brussels\\_0205\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/events/2005/events_brussels_0205_en.htm)

<sup>30</sup> Sobre el desarrollo de los cuidados paliativos y sus motivos, resultan esclarecedores los comentarios de uno de sus pioneros en España, el Dr. Gómez Batiste. El cambio se inició en 1995, cuando Cataluña asumió un programa experimental de la OMS, y culminó 14 años después con el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Desde entonces "...el uso de los hospitales de agudos descendió a la mitad, los servicios de emergencias se utilizan un 30% menos y la estada media en los hospitales disminuyó entre un 20 y un 30 por ciento. El hospital dejó de ser el lugar de atención médica, continuó el doctor Gómez Batiste, y pasó a las unidades de cuidados paliativos. La probabilidad de morir en el domicilio, con el adecuado soporte familiar, aumentó entre un 10 y un 15 por ciento. Y en un contexto de limitación de recursos, como aquél del que no escapa nuestro país, la mejor respuesta son estos cuidados con su reducción comprobada de los costos de atención. 'Cuanto menos dinero, más cuidados paliativos y más atención sociosanitaria', recomendó Gómez Batiste." en <http://www.muertedigna.org/textos/euta275.htm> (contenido del 6/8/2006)

Alemania, Austria o Luxemburgo, y acabarán siendo adoptadas también en los demás países.

Las intencionalidades políticas o económicas del cambio sanitario suelen aducirse con mucho menos énfasis que sus efectos positivos, presentados a posteriori como causas. Pero no puede ignorarse que tales efectos son reales, para la población en su conjunto y para los pacientes, que suelen sentirse mejor atendidos, y prefieren su entorno habitual al hospitalario. En las últimas décadas el estado de salud ha seguido mejorando incluso por encima de lo previsto y, de forma especial, entre los más mayores. Tanto es así que se están sobrepasando los "techos teóricos" estimados de la supervivencia media colectiva, y se sigue ganando esperanza de vida general gracias principalmente a la aportación de las edades avanzadas. El lado de la moneda que sigue sin destacarse con la misma intensidad es que "los hogares" han asumido cotas crecientes de responsabilidad en el cuidado de quienes no cuentan con sus plenas capacidades. Como consecuencia, la heterogeneidad de situaciones individuales respecto a los tipos de convivencia en el hogar y a la amplitud y disponibilidad de redes familiares puede convertirse en un factor de desigualdad social creciente también en lo que respecta a la atención a la salud.

En definitiva, este efecto perverso de políticas que, por otra parte, están teniendo otros, sumamente positivos, conduce por sí mismo a incrementar la conciencia de la discapacidad y la dependencia como problemas colectivos, políticos (añádase un componente institucional de cierta relevancia en el caso de la Unión Europea; la convergencia en las políticas de bienestar más antiguas, como las de empleo, pensiones o salud, resulta más lenta y compleja precisamente por la dificultad de remodelar aquello muy consolidado. En cambio las políticas de bienestar menos desarrolladas, entre las que se encuentran las de dependencia, tienen menos pasado consolidado y son más fácilmente impulsables de forma coordinada (B. Hvinden, 2003).

La especificidad de España, según todos los tópicos, está en su coyuntura familiar-convivencial especialmente favorable para esta estrategia de implicación "civil". Sin embargo esta especificidad, de ser cierta, sólo refleja muy parcialmente una especificidad de alcance histórico, político y social mucho más amplio, en la que debe incluirse el escaso desarrollo del Estado del Bienestar español, especialmente en todo lo que se refiere a los servicios sociales.

En efecto, una peculiaridad de España respecto a muchos otros países de la UE es que, mientras que el sistema sanitario es universal y gratuito, no ocurre lo mismo con los servicios sociales.

Este diferente tratamiento dado a los sistemas sanitario y social ya ha tenido consecuencias para la cobertura de las necesidades generadas por la discapacidad: en medio de la ofensiva ideológica tendente a la reducción del gasto público, durante la última década del siglo pasado resultó más fácil hacer economías en este terreno que hacerlas en otros más costosos, pero mucho más consolidados. La parte del PIB que España dedicaba a servicios sociales en general, sensiblemente inferior a la media comunitaria, se redujo y alejó todavía

más de dicho promedio, y lo mismo ocurrió con la dedicada a proteger frente a la discapacidad<sup>31</sup>.

Es cierto que, finalmente, el relevo gubernamental ha permitido un giro político respecta al "gasto social", y que vamos a tener por fin un sistema Nacional de Dependencia con el estatus de "pilar" añadido a los que tradicionalmente fundamentan el Estado del Bienestar y cuya financiación, se anuncia, supondrá gastar el 1,2% del productor interior bruto dentro de unos años<sup>32</sup>. Pero el desarrollo de dicho sistema no ha sido inmune a la peculiaridad antes mencionada: se ha diseñado siguiendo un modelo mucho más "social" que "sanitario", en buena parte porque los costes para el Estado son tanto mayores cuanto más "medicalizado" se pretenda (Montserrat Codorniu, 2002, pg. 19).

La duda principal es su sostenibilidad en medio de un proceso acelerado de modernización de los roles de género y familiares. Aún más, cabe incluso dudar de si la sobreexplotación del "recurso familiar" desde las políticas públicas consigue los objetivos previstos. En realidad, este modelo más "social" puede resultar de una larga vocación estatal o de un giro estratégico reciente, en el que la estrategia general viene siendo sistemáticamente la incorporación "formal" de los familiares al sistema<sup>33</sup>. En esta opción estratégica el elemento clave es, por tanto, cómo se distribuyen esos costes entre los particulares y los servicios sociales. Si la opción ha sido asumida como una vía para mejorar la atención de quienes requieren cuidados es esperable una traslación relevante del gasto sanitario al gasto social. Pero si su finalidad era principalmente la reducción o contención del gasto público, esta estrategia es una simple transferencia de costes fuera de la contabilidad pública, trasladados a los propios hogares.

En cualquiera de los dos casos, además, el cuidador parece no ser el principal objetivo de la política social, antes bien parece quedar "integrado" en ella. Está por ver si el nuevo sistema de atención a la dependencia solventará la sobrecarga y desatención de los servicios sociales con que se siguen encontrando lo familiares cuidadores de tantos mayores durante sus "crisis finales" (piénsese en casos paradigmáticos, como las demencias). Aunque no se trate de dependencias "crónicas", estos episodios hacen que la necesidad de cuidados se intensifique hasta invadir el resto de la vida familiar, social y laboral, que la necesidad del internamiento acabe por imponerse a las resistencias afectivas, y que la angustia por la inminente pérdida, que puede

---

<sup>31</sup> Los datos de Eurostat que se evidencian esta "no convergencia" pueden consultarse en, <http://www.esrc.ac.uk/ESRCInfoCentre/facts/UK/index42.aspx?ComponentId=12640&SourcePageId=14975#footnote>

y también el informe "European social statistics. Social protection. Expenditure and receipts. Data 1994-2002" en [http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-DC-05-001/EN/KS-DC-05-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-DC-05-001/EN/KS-DC-05-001-EN.PDF)

<sup>32</sup> Véase el *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*, publicado en 2004 por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Puede descargarse íntegro en la web <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/libro-blanco-dependencia.html>

<sup>33</sup> Sobre la evolución de los servicios sociales en España véase Observatorio de Personas Mayores, I. y ALBOMA (2006), "Servicios Sociales para personas mayores en España", publicado en *Perfiles y tendencias. Boletín sobre el envejecimiento*, (21).

prolongarse durante meses, se ve acompañada por una sobrecarga horaria y de trabajo a la que ningún servicio social parece responder con agilidad y a tiempo. No es, por tanto, una cuestión exclusiva de medios; la falta de agilidad con que responde nuestro sistema es una deficiencia añadida.

## **3.5 Las relaciones entre cuidadores y afectados en el hogar**

### **3.5.1. El cuidado**

---

Como ya ha podido verse, los cuidados entre personas, una forma de relación tan ancestral como la propia existencia del ser humano, están ganando repentinamente relevancia política y visibilidad social. Esta es una faceta de las relaciones humanas anteriormente poco presente en el marco de las grandes teorías sobre las relaciones sociales en general.

De hecho, las ciencias sociales han tendido a tratar la reproducción de la vida como un tema ajeno, y el trabajo asociado a los cuidados interpersonales como si fuese un lastre del pasado que se iría reduciendo a medida que se avanzara en la modernización económica y social. Las categorías de la investigación social (individuo, sociedad, género, clase, acción, estructura, Estado, economía, etc.) siguen funcionando sin tener en cuenta el hecho de que los seres humanos existen en una relación de interdependencia con las generaciones anteriores y posteriores (van Krieken, 1997), e ignorando la relevancia social e histórica de su corporeidad, pese a la rotundidad con que la reivindican algunas corrientes de pensamiento como la fenomenológica o la foucaultiana.

Pero precisamente porque cuidar y ser cuidado son roles prácticamente universales e intemporales, la irrupción de este tema en los intereses sociales y políticos actuales requiere algún tipo de delimitación conceptual entre los cuidados "ordinarios" y los que no lo son.

En el tema que aquí nos ocupa ha sido necesario discernir qué cuidados derivan de la discapacidad. Existen discapacidades que no requieren cuidados personales, o que pueden atenuarse modificando el entorno o utilizando instrumentos adecuados. En el otro extremo, ciertas situaciones de discapacidad harían inviable la propia supervivencia del afectado de no mediar los cuidados personales.

Por su parte, el concepto de "cuidado" resulta muy amplio y polisémico. En el contexto de la discapacidad y la dependencia, su uso habitual no alude únicamente, ni siquiera principalmente, a una actividad física o material, sino que incluye de forma fundamental la actitud de atención, diligencia y solicitud que puede preceder y acompañar dicha actividad. Su escasa concreción y consolidación terminológica, a pesar de su abrumadora relevancia en este tema, es para algunos (Durán Heras, 2002, pg. 252) una muestra clara de un problema

político, arrastrado históricamente en todo lo que tiene que ver con la distribución de roles familiares y laborales.

### *Algunas distinciones conceptuales*

Una distinción básica que sí parece ya comúnmente aceptada es la que se establece en función de la identidad de los cuidadores y el ámbito y el carácter profesional: en el ámbito de las políticas sociosanitarias se ha consolidado la distinción entre autocuidados, cuidados informales y cuidados formales.

Como pasa con los cuidados en general, la relevancia del autocuidado empieza a enfatizarse recientemente, y de nuevo es muy posible que el desencadenante haya sido la necesidad de ajustes económicos. Pero al margen de dicho factor, parece comprobado que la actitud propia resulta un elemento importante en la salud y en la preservación de la autonomía personal. Incluso empieza a pensarse que conviene limitar la ayuda profesional a tipos de asistencia que puedan mejorar la independencia y no hacerse cargo de trabajos que la persona podría hacer por sí misma, pese a su discapacidad (Dooghe, 1992)

Aquí nuestro objetivo son los cuidados prestados por otras personas, y en particular los que proporcionan el resto de personas convivientes. Pero es evidente que esta es sólo una faceta, aunque sea la principal, de un conjunto de partes mutuamente relacionadas.

Como ya se ha visto, la presión para modificar la relación entre los cuidados recibidos fuera y dentro del hogar (autocuidados, cuidados de convivientes o cuidados de personas externas al hogar) está parcialmente motivada por la crisis económica y la revisión política de las estrategias de bienestar, pero también por criterios de costes y de efectividad.

Los motivos para no recurrir a cuidados profesionales fuera del domicilio son muy diversos (falta de recursos económicos, búsqueda de soluciones mejores o alternativas, dificultad o limitación de acceso, complejidad en los trámites, motivos psico-sociales (p. ej. que el cumplimiento de requisitos como la demostración de pobreza, o la simple clasificación como minusválido, sean vividos como estigmatizantes).

Se ha escrito mucho, además, sobre los beneficios psicológicos de recibir las ayudas en el propio domicilio, beneficios como la personalización de los cuidados, mayor independencia del afectado o mayor rapidez de la recuperación. La asistencia institucionalizada es menos personal e intensa, aumenta la dependencia y tiene lugar en un entorno extraño que puede favorecer la inhibición del propio afectado en su recuperación.

Otro tema recurrente es el menor coste. Los cuidados a domicilio aligeran los hospitales y otras instituciones, y son más baratos. Sin embargo, suele olvidarse que muchas actividades de cuidado domiciliar sólo son posibles si se dispone de convivientes que ayudan en el propio domicilio, lo que limita las posibilidades cuando esta convivencia es escasa, la protagonizan personas que no pueden prestar ayudas o, simplemente, cuando se vive solo. La evolución sociodemográfica, en la que juega un papel esencial la progresiva igualación de géneros, parece evolucionar, por tanto, en contra.

### *La "feminidad" del rol cuidador*

El cuidado ha sido hasta ahora una función principalmente femenina, y lo sigue siendo (prácticamente 3 de cada cuatro cuidadores principales detectados por la EDDES99 son mujeres). Establecido este hecho, algunos han visto el motivo en la cercanía de las amas de casa al espacio de vida familiar, y al carácter temporal "difuso" que tienen los cuidados, compatible con una gran variedad de otras tareas domésticas simultáneas. Pero también puede verse en el cuidado a dependientes una variación de los cuidados maternos, cosa que los habría vinculado con la mujer todavía más.

En cualquier caso, la creciente participación femenina en el mercado laboral ha sido vista como la principal amenaza al potencial futuro de cuidadores, hasta tal punto que ya resulta de uso común la expresión "crisis del apoyo informal" (Leturia et.al., 1997, pg. 55; IMSERSO, 2005, pgs. 208 yss). Hasta tal punto se supone rígida la vinculación entre las mujeres maduras y la función cuidadora, que las proyecciones suelen hacerse calculando la futura relación entre la población mayor de 64 años y las mujeres de 45 a 69 años. Si en 1950 esta relación era de 1,61, en el 2011 la relación se habrá ya invertido, con menos de una cuidadora potencial por cada mayor (0,96) (Fernández Cordon, 1992).

Sin embargo, a medida que cambian los roles femeninos, también crece el colectivo masculino cuidador. El posible cambio de roles entre los hombres tras las edades activas es el tema de (Pérez Díaz 1992), pero los propios datos de la EDDES (INE 2005) confirman que en las edades maduras y avanzadas el colectivo masculino de cuidadores no es nada negligible (entre los cuidadores principales de 70-74 años son hombres nada menos que el 41%, una proporción impensable hace algunas décadas). Cabe deducir, de hecho, que la evolución sociodemográfica, al margen de cómo hayan evolucionado los roles, ha generado en sí misma un considerable incremento de hombres mayores que cuidan de sus cónyuges.

Esto nos recuerda que una distinción fundamental es la de la edad de quien recibe los cuidados, porque está estrechamente relacionada con la de los cuidadores.

### *La edad de quien recibe los cuidados*

La distinción entre cuidados especiales u ordinarios es difícil cuando son niños pequeños quienes los requieren. La vulnerabilidad y escasa madurez de los nacimientos humanos es proverbial incluso en términos zoológicos. La especie humana muestra rasgos neoténicos (Romer 1949), lo que significa que ha hecho retroceder la evolución para que sus vástagos nazcan menos "acabados" y tengan mayor plasticidad y adaptabilidad, de manera que el aprendizaje y la socialización resulten parte esencial en su desarrollo. El precio siempre fue la tradicional precariedad de la supervivencia infantil (y maternal en los partos) y un prolongado periodo de cuidados (Dinnerstein 1987). No falta quien detecte mecanismos innatos que aseguran que un grupo mínimo de adultos, empezando por la madre, se verá obligado emocionalmente a prestar los

cuidados necesarios (desde la "impronta" de Lorenz hasta el "apego" o la "ligadura" de Bowlby, Winnicott o Harlow). De hecho, hay quien ha visto en este vínculo, generado por la necesidad infantil de cuidados, el motivo de la distinción analítica entre lo público y lo privado (MacInnes 1998) y, aún más importante, la explicación de que la familia sea una institución universal, por encima de las diferencias culturales, geográficas o históricas (p.ej. Elshtain 1982; Goode 1964).

Al margen de las diversas "naturalizaciones" de las pautas de cuidado infantil, la evolución histórica resulta de compleja interpretación en este caso. Contra la fácil tentación de suponer un progreso lineal o una "mejora" en la salud y situaciones que requieren cuidados especiales, se han producido tendencias antagónicas. Desde la perspectiva sociosanitaria

- las mejoras médicas y quirúrgicas han mejorado considerablemente la supervivencia de los niños con deficiencias de la salud
- ha aumentado la incidencia de ciertos problemas crónicos, como asma, SIDA, alergias...

A todo ello debe añadirse la constante elevación del "estándar" en los requisitos de crianza infantil, que añaden exigencias novedosas y diagnósticos poco frecuentes en el pasado (hiperactividad, problemas de desarrollo físico, déficits cognitivos o de la atención...). No es sólo que los niños sean biológicamente o naturalmente vulnerables o les falte mucho por desarrollar; la relación que los progenitores mantienen con ellos también se ha intensificado emocionalmente y en horas y calidad de la atención, a la vez que se ha reducido el número de hijos tenido y se ha retrasado la edad a la que se tienen.

En cualquier caso, el hecho es que los niños más pequeños son, en sí mismos, "dependientes" de los cuidados de otras personas y este carácter intrínseco de la infancia oculta a menudo deficiencias de la salud que no se hacen visibles hasta que se ha alcanzado cierto nivel de desarrollo. Los cuidados especiales, por tanto, se confunden a menudo con los ordinarios, que ya de por sí son bastante intensos.

El impacto que puedan tener las limitaciones de la salud infantil sobre las personas cuidadoras resulta, por tanto, difícil de discernir del impacto que tienen los cuidados ordinarios a cualquier menor, de manera que el efecto que la mala salud de los hijos sobre la actividad laboral de los cuidadores puede ser difícil de detectar. Sólo cuando las limitaciones superan una cierta severidad puede hacerse notable el incremento en la dedicación cuidadora, a la vez que dicha dedicación gana visibilidad especial cuando la madre trabaja (o pretende hacerlo) fuera de casa.

Esta peculiaridad se va deshaciendo a medida que se avanza en edad y las personas no afectadas por las deficiencias de la salud van siendo más autónomas. La necesidad de cuidados se vuelve entonces más evidente y deja de coincidir con la necesidad infantil de cuidados ordinarios. Pero de nuevo se trata de una cuestión determinada por algo más que la biología o las condiciones físicas o psíquicas.

La manera en que las personas atraviesan las sucesivas edades, en términos de dependencia o independencia, de autonomía o de necesidad de cuidados, ha cambiado profundamente con el tiempo, especialmente durante el último siglo y de forma distinta según el lugar o la clase social.

- Por una parte, la infancia y la juventud se han prolongado sustancialmente, por lo que también tienen mayor duración las atenciones y cuidados recibidos, o la dependencia económica y residencial. En el pasado podía iniciarse la vida laboral con poco más de diez años y la visibilidad de los problemas funcionales discapacitantes podía ser notoria. La prolongación de la infancia y la juventud podría producir de nuevo una mayor invisibilidad de los cuidados especiales generados por las limitaciones y la discapacidad, por quedar diluidos en el conjunto cada vez mayor de cuidados ordinarios.
- Sin embargo, este proceso de "mayor demora" hasta alcanzar el estatus plenamente adulto también va acompañado de un enorme aumento en la cantidad de recursos, conocimientos, habilidades y, en ciertos aspectos, autonomía e independencia de los jóvenes, factores todos ellos que sí contribuyen a hacer visible y teñir de mayor dramatismo, si cabe, la discapacidad juvenil.

Téngase en cuenta que, además, los cuidados especiales iniciados en la primera infancia podían tener escasa duración cuando la supervivencia de los afectados era muy improbable, pero que en la actualidad se convierten en cuidados prolongados durante muchos años, incluso durante todo el ciclo de vida.

En cierto modo, y a diferencia de lo que ocurre con los adultos más maduros o con los mayores, la discapacidad es "extraña" a la propia juventud o a las primeras edades adultas. Una cosa es la indefensión "natural" de los niños, o la dependencia por el deterioro de funciones asociado a la edad, y otra es la dependencia en unas edades en que "no debería haberla".

En efecto, como se verá más adelante con los datos, la discapacidad y la dependencia son muy raros entre los jóvenes. Un efecto de esta escasez numérica es que existe muy poca información o estudios sobre su situación, a diferencia de lo que ocurre con los más pequeños o con la dependencia de los mayores.

La discapacidad en los adolescentes y adulto jóvenes resulta generalmente de accidentes o es secuela de enfermedades agudas (sólo muy recientemente, gracias a los avances médicos y sociales, ha empezado a ser común también el perfil de quienes arrastran discapacidades severas desde la infancia o desde el nacimiento). En consecuencia tiene una severidad elevada, superior a la media de las demás edades, y genera dependencia igualmente en elevadas proporciones.

Cuando se ve súbitamente impedida la realización de actividades básicas cotidianas, en primer lugar se mira a la propia red social para pedir ayuda, como el cónyuge, miembros de la familia, especialmente hijos o padres, así como amigos, vecinos y voluntarios. Los jóvenes, especialmente en la actual situación de emancipación tardía, tienen a sus padres como cuidadores, y es aquí donde el rol tradicional femenino se ve puesto en juego con mayor intensidad.

En definitiva el perfil cuidador es abrumadoramente femenino cuando los cuidados son requeridos por los hijos menores, pero también cuando la dependencia sobreviene a hijos jóvenes-adultos, situación esta que afecta a mujeres cuidadoras en un momento histórico en que la integración femenina en el mercado laboral es ampliamente mayoritaria.

Es entre los adultos que ya han atravesado el proceso de emancipación domiciliar y familiar donde los hombres empiezan a verse "socialmente implicados" en los cuidados, cuando son sus parejas quienes los requieren. Por el contrario, muchas mujeres en esta etapa del ciclo familiar parecen cuidar de familiares necesitados de tales ayudas (cónyuges, pero también padres o suegros) como una prolongación del periodo de cuidados ordinarios a los hijos (Dooghe, 1992).

Pero existen notables diferencias entre cuidar niños y ancianos. Sabemos que en el segundo se trata de periodos más cortos pero con una implicación mayor en la intimidad y con una carga física y psicológica generalmente considerable ("heavy nursing tasks" lo califica la literatura anglosajona), extrema cuando se trata de cuidado terminal. Los niños cuidados son casi siempre los propios, mientras que a los mayores les cuidan sus "próximos", empezando por el cónyuge, pero a menudo los "descendientes" adultos. En realidad, son muy elevadas las proporciones de adultos que de alguna manera proporcionan cuidados a los mayores o los reciben de ellos. La emancipación domiciliar de los hijos no implica necesariamente, ni siquiera mayoritariamente, una fractura en las solidaridades intergeneracionales, de forma que la familia sigue cumpliendo un papel crucial cuando aparecen discapacidades que requieren ayudas personales.

### **3.5.2. Efectos sobre el cuidador "informal" y su actividad laboral**

---

Hay que distinguir los efectos sobre el cuidado principal y sobre los otros miembros del hogar, puesto que con frecuencia existe un marcado reparto de funciones para hacer frente a la discapacidad de algún miembro del grupo familiar, y siempre existe un condicionamiento de los recursos y las condiciones materiales y emocionales del grupo completo.

Por supuesto, son los efectos sobre los cuidadores los que más han sido investigados, y cabe decir que desde una gran cantidad de perspectivas. Para sistematizarlas mínimamente suele recurrirse al concepto de "carga", distinguiendo si esta es física, psicológica o económica (Scharlach, 1991 y Dooghe, 1992). Esta conceptualización busca distinguir "grados" de forma cuantificable, en el entendido de que existen umbrales más allá de los cuales los problemas físicos, sociales, financieros y emocionales que el cuidado informal puede generar en el cuidador pueden llegar a dificultar o impedir la continuidad y calidad de dicha labor. En consecuencia, aumentan la probabilidad de que lo adecuado sea ya una derivación institucional para tales cuidados. En casos como las discapacidades provocadas por demencias en

personas mayores, la relación con el cuidador llega a constituir en sí misma una parte del diagnóstico de la persona afectada<sup>34</sup>.

No debe pensarse, no obstante, que la relación entre el rol cuidador y sus efectos es automática e indiferenciada. Tales efectos resultan diversos en función de multitud de factores intermedios intuitivamente evidentes, como el grado de discapacidad del receptor de cuidados, el tipo de relación personal que mantiene con el cuidador, las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil,...) y socioeconómicas de ambos (estudios, actividad laboral, clase social, ingresos...). En definitiva, el campo de investigación es enorme, aunque existe ya una literatura consolidada en algunos casos, como el del cuidado a las personas mayores dependientes<sup>35</sup>.

Uno de los campos más investigados es el de la salud del propio cuidador. Se sabe, por ejemplo, que el impacto de la depresión es mayor en cuidadores de discapacitados cognitivos que de discapacitados físicos o sensoriales (Tennstedt, 1992). Por otra parte, y de gran interés en nuestra investigación, es la influencia del trabajo remunerado sobre el bienestar psicológico de los cuidadores. En este caso, como en muchos otros, el grueso de la investigación se concentra en las mujeres cuidadoras (la primacía femenina de esta función es abrumadora, como se verá más adelante con los datos empíricos). Pero hay conclusiones bastante divergentes también en este asunto. Intuitivamente parece que la doble carga laboral y cuidadora debe suponer un impacto negativo para el bienestar de quien la asume, pero también existen pruebas empíricas de que las mujeres cuidadoras que trabajan padecen depresiones con menor frecuencia que las que no lo hacen (Roca et. al. 2000). En cualquier caso, un determinante principal es la carga horaria requerida por la función cuidadora, en la cual existen umbrales más allá de los cuales algunos autores consideran ventajosa la dedicación exclusiva a los cuidados (Scharlach, 1994).

En la cuantificación de la carga horaria de los cuidadores laboralmente ocupados los resultados descriptivos, a grandes trazos, son bastante similares en los países más desarrollados: suele utilizarse como indicador comparativo el número de horas semanales dedicadas, y existe una diferencia sustancial con la dedicación de los cuidadores no ocupados, y también en función de la severidad de la discapacidad que afecta a la persona a la que atienden.

Por ejemplo, (Doty et. al. 1998) encuentra que las mujeres cuidadoras principales proveen una media de 18 horas semanales (21 si tienen un empleo a tiempo parcial, y 33 si no trabajan). Pero estos números pueden variar enormemente en función de la severidad de las discapacidades. Cuando se cuida a mayores con discapacidades severas que afectan a tres, cuatro o cinco actividades básicas de la vida diaria, el número medio de horas de cuidados semanales va desde las 32 a las 39 horas entre los cuidadores con empleo, y de 39 a 70 cuando no lo tienen.

---

<sup>34</sup> De hecho, en el foro de debates del XLVII Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología de 2005 se recomendó introducir el binomio paciente-cuidador desde el primer momento del diagnóstico de la demencia.

<sup>35</sup> Buena muestra de ello puede tenerse consultando la página de "*Recursos bibliográficos, audiovisuales y de la web sobre cuidadores familiares y el cuidado de personas mayores dependientes*", en la web de la SEGG:  
[http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/fuentes\\_informacion.htm](http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/fuentes_informacion.htm) (12/11/2006)

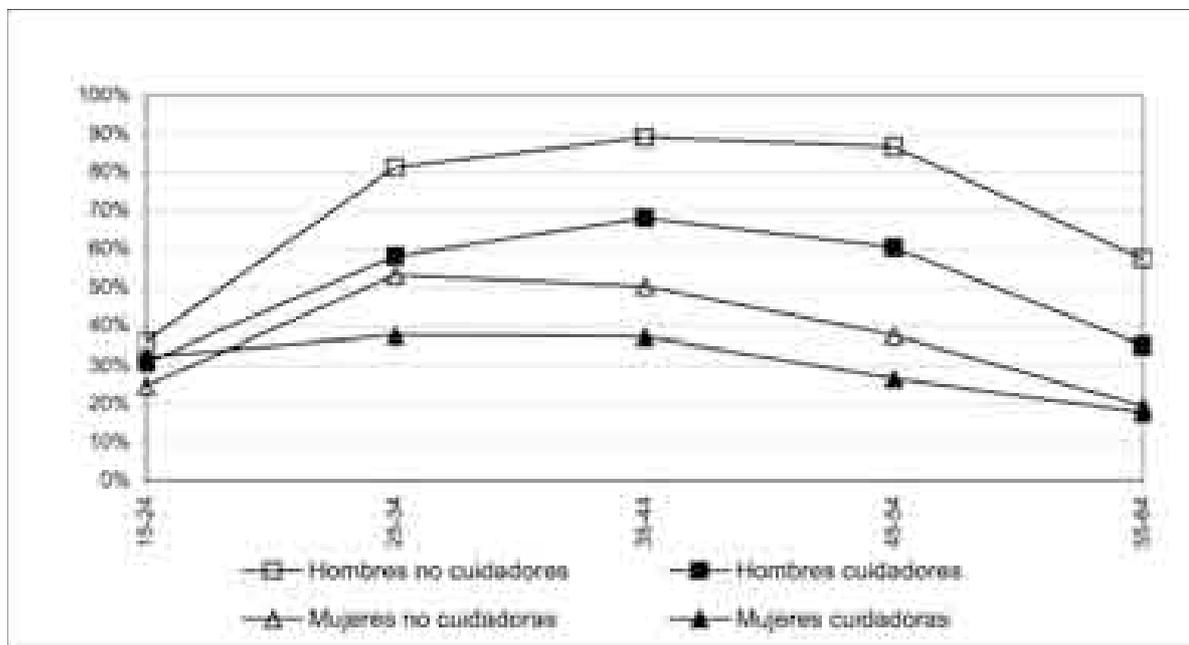
Por el mismo motivo, con un aumento de la carga horaria cuidadora aumenta también la probabilidad de que la persona que necesita cuidados acabe recibiendo del sistema formal (Scharlach, 1991). De hecho, el mantenimiento del trabajo incluso en situaciones extremas en carga horaria de cuidados está motivado a veces por la necesidad de conseguir recursos económicos con que pagar los cuidados formales especializados (situación esta más acentuada en EEUU que en los países europeos por las diferencias en los sistemas sanitarios sociales). Esta respuesta no puede mantenerse durante periodos muy prolongados, pero muchas situaciones de dependencia extrema son o se prevén de escasa duración, de modo que el cuidador espera que la situación cambiará pronto y mantiene la doble ocupación.

De hecho, los cuidados informales de larga duración han sido infrecuentes hasta hace poco (por mucho que el envejecimiento demográfico y la creciente esperanza de vida de quienes padecen discapacidades severas esté en camino de cambiar esta situación). Por ello, aunque pueda parecer que hay muchas personas que deben cuidar a alguien con discapacidad y atender a otras tareas laborales y familiares, lo que nos dice la literatura existente es que la proporción es muy escasa. Una parte muy sustancial de los cuidadores son personas que ya no tienen edad laboral, y muchos de los cuidadores que sí tienen esa edad no son activos.

Por poner un ejemplo, en Inglaterra quienes compatibilizan el cuidado de niños, el trabajo y el cuidado de adultos o mayores dependientes son un 2% en 1995 (Evandrou et. al., 2002, edades 45-59 para hombres y 45-64 para mujeres), pero la proporción varía mucho con la edad, de manera que entre los 45-49 años alcanza un máximo del 10%. También la tasa es algo más alta para las mujeres que para los hombres: de la generación 1941-45 una de cada 9 mujeres y uno de cada 10 hombres compatibilizaban los tres roles cuando tenían entre 45-49 años. Además, la tasa parece haber ido aumentando por generación para esa edad mientras que disminuía en las siguientes, sin duda por el adelanto de las jubilaciones y, quizá, por el aumento de la edad a la que los hijos salen de casa, lo que permite estrategias familiares más diversas. El caso es que había menos personas de 60-64 años con los tres roles en 1995 (1%) que en 1985 (3%).

Puesto que la EDDES proporciona datos empíricos sobre estas relaciones también para España, y aunque más adelante se entrará en su análisis extenso, conviene avanzar ya, a través del simple análisis bivariante, cual es la relación con el trabajo de los españoles en función de su función cuidadora:

**Gráfico 2. Proporción de ocupados, por sexo, edad y función cuidadora**



Fuente: EDDES99

Los datos, que distinguen a quienes cumplen o no la función de cuidador principal, son suficientemente expresivos por sí mismos: la función cuidadora va acompañada de una probabilidad sensiblemente menor de estar trabajado. Esto, que ha se había descrito en diversos momentos y lugares respecto a las mujeres, se confirma igualmente entre los hombres, aunque los que asumen tareas cuidadoras sean más escasos. Entre los hombres en edades activas, están ocupados el 71% de los que no tienen la tarea de cuidador principal, mientras la ocupación es sólo del 51'6% entre los que sí la tienen. Entre las mujeres pasa lo mismo, aunque sus tasas de ocupación son significativamente inferiores a la de los hombres. En cualquier caso, la norma se cumple para todos los intervalos de edad.

Podemos incluso comprobar que la mera convivencia con alguna persona discapacitada conlleva una menor ocupación incluso entre los que no cumplen la función de cuidadores principales, especialmente entre los hombres.

Dejando pues asentada esta relación, conviene afirmar inmediatamente que los mecanismos que la explican no son inmediatamente evidentes, y que en muchas ocasiones puede el factor principal puede no ser la convivencia con personas que requieren cuidados especiales, sino otros factores intermedios y de composición.

Las interrelaciones que se producen entre las funciones laboral y cuidadora pueden considerarse un tipo particular de aquel conjunto más amplio que se ha dado en llamar "conciliación entre la vida familiar y laboral", de creciente importancia política y social. Los condicionantes de dichas relaciones son muchos, y sus interacciones pueden resultar en una gran diversidad. El género es uno, principal, por el vínculo mucho más intenso con la vida familiar que continúan manteniendo las mujeres, aunque sus trayectorias académicas y

laborales se estén igualando rápidamente a las de los hombres. Pero también lo son el estado civil, la estructura del hogar, el parentesco con la persona a la que se prestan cuidados, la intensidad y tipo de los cuidados requeridos (cosa que depende del tipo, severidad, número, etc. de la discapacidad), el nivel de instrucción, las condiciones socioeconómicas de los hogares y los costes extraordinarios derivados de la discapacidad, etc.

Además, la relación entre el cuidado y la actividad laboral no es unidireccional, de manera que pueden plantearse simultáneamente sus dos sentidos: es posible que, como nos dice inmediatamente la intuición, sea la función cuidadora la que dificulta y aleja de la ocupación, pero también es de sentido común la relación opuesta, y que sea la función laboral la que aleja de la asunción del rol cuidador. En ambos casos la literatura existente introduce matices y evidencia la elevada complejidad de tales relaciones, revelada especialmente cuando de los análisis bivariantes elementales se pasa a modelos explicativos que controlan el efecto cruzado de múltiples variables:

El trabajo extradoméstico dificulta o reduce la función cuidadora? Los análisis bivariantes, como el que muy brevemente acabamos de apuntar, suelen mostrar una asociación negativa entre el empleo femenino y el tiempo de cuidado de adultos. Sin embargo, una vez aislados los efectos de otras variables intervinientes, los resultados no son tan rotundos (Sarasa, 2006).

En EEUU, donde los análisis multivariantes aplicados a este tema tienen ya cierta tradición<sup>36</sup>, las llamadas de alerta ante las conclusiones inmediatas son bastante abundantes. Así (Doty, 1998) encuentra que, entre las mujeres, ser inactiva y formar parte de la "red informal" de cuidados aumenta la probabilidad de acabar siendo la cuidadora principal de un familiar dependiente. Sin embargo, al establecer las causalidades destaca que en esta asignación de roles median muchos otros factores y la actividad no es el más importante.

La investigación se ha centrado especialmente en la intensidad del cuidado proporcionado por quienes trabajan y quienes no lo hacen. Se ha encontrado frecuentemente que el tiempo dedicado es similar, excepto cuando la persona cuidada padece un elevado grado de dependencia o cuando es un menor. En ambos casos los cuidadores que trabajan suministran un número menor de horas de cuidado que los que no lo hacen y, si cuidan de un anciano, se vuelve más probable que éste acabe siendo ingresado en una residencia (véase (Scharlach, 1994 para una enumeración de tales estudios).

Otra línea de investigación frecuente se da en el campo de la psicología, para establecer el impacto, en términos de stress, de la compaginación de trabajo extradoméstico y función cuidadora. Esta otra perspectiva confirma la ausencia de relaciones simples y la intervención de multitud de variantes intermedias como la carga de cuidados, las horas dedicadas, etc. El trabajo puede incluso

---

<sup>36</sup> También son más antiguas allí las fuentes estadísticas nacionales dedicadas a este tema: la *National Long-Term Care Survey*, resultado de un convenio entre el National Institute on Aging (NIA) y el Center for Demographic Studies de la Duke University, tiene su primera edición en 1982, y le han seguido cinco más en 1984, 1989, 1994, 1999 y 2004, además de la *Informal Caregivers Survey*.

disminuir el stress, cuando se traduce en recursos económicos que permiten pagar otros servicios de cuidado y cuando sirve en sí mismo como un "desahogo" psicológico. Se da incluso el caso de investigaciones en que las mujeres que trabajan más horas, parecen estar también más "protegidas" (Martire 1997) contra los efectos estresantes y contra la "insatisfacción" una vez deben dedicarse también a tareas de cuidado personal (aunque en este caso lo que aumenta es la insatisfacción "laboral", por las mayores dificultades para el éxito profesional y el desarrollo de carreras ascendentes).

Para las mujeres cuidadoras el trabajo extradoméstico puede significar a veces el apoyo social de compañeros de trabajo (incluso de ciertos empleadores), facilitar una mayor percepción de control sobre la propia vida, regularizar los horarios cotidianos y hacer que se recurra más a otros cuidadores. Sin embargo, el efecto puede ser radicalmente contrario cuando las jornadas laborales son muy amplias, cuando las rutinas laborales resultan inflexibles y la función cuidadora incrementa los episodios de impuntualidad y absentismo, o simplemente disminuye la seguridad personal sobre la futura capacidad para mantener el puesto de trabajo. En cualquier caso, a igualdad de condiciones laborales, especialmente cuando son presionantes y adversas, el añadido de la función cuidadora es un claro motivo de tensión (Doty, 1998).

Se ha encontrado igualmente que la institucionalización final de la persona dependiente se hace más probable cuanto mayores son la edad de los cuidadores, su nivel de ingresos y su categoría ocupacional (Scharlach, 1991).

El rol cuidador dificulta o inhibe la actividad laboral? Como ya se ha comentado, apenas se ha investigado esta cuestión respecto a los cuidadores masculinos, mucho menos abundantes que los femeninos, de manera que prácticamente toda la literatura existente sobre este tema se refiere a las mujeres. Contra lo que podría parecer, no parece que la carga de los cuidados se traduzca en una actividad laboral notablemente inferior entre las cuidadoras respecto al resto de mujeres. La probabilidad de que sean ocupadas es, pese a todo, inferior que la que tienen las demás mujeres (Scharlach, 2001) y nuestros propios datos lo confirman. No obstante, de nuevo la mera relación bivariable encubre casuísticas muy diversas, y la óptica adecuada sería la que aborda su análisis a lo largo de la vida de los individuos. Después de todo, no es lo mismo cuidar de alguien sin haber trabajado previamente o haber tenido que dejar de trabajar precisamente para poder proporcionar tales cuidados. De esta manera, Evandrou (2003) muestra que en Inglaterra, para aquellas mujeres que empezaron a prestar cuidados cuando tenían entre 45 y 59 años, el 21% dejó después de trabajar y el 11% redujo jornada, pero el 26% era ya previamente una mujer no ocupada y siguió en tal situación, y el 37% estaba trabajando y no dejó de hacerlo. A esta información debe añadirse, como comentario obligado, que el motivo por el que se abandona el trabajo a estas edades puede no estar directamente vinculado a la función cuidadora, de manera que se hace necesario descartar otros factores mediante las herramientas analíticas adecuadas.

Los análisis multivariados de nuevo son muy eterogéneos. Algunos autores encuentran incluso que la asociación es escasa, (Pezzin, 1998; Stern, 1995; Wolf, 1994; Wang, 2004), mientras otros la confirman plenamente (Kolodinsky, 2000; Johnson, 2000). En Europa este tipo de análisis es menor frecuente, pero Spiess

(2002), o Sarasa (2006a y 2006b), con los datos del European Household Panel, parecen bastante sólidos al confirmar que el inicio o el incremento de los cuidados disminuye las horas semanales de trabajo remunerado de las mujeres, especialmente las de edad madura. No obstante, de nuevo las relaciones son más complejas de lo que parece. Sarasa (2006a, pg. 16) encuentra que la probabilidad de que las mujeres trabajen más de 30 horas semanales es incluso ligeramente mayor cuando empiezan a cuidar a alguien, si dicho cuidado implica una dedicación inferior a las 14h semanales. Es cuando las horas dedicadas superan esa cantidad cuando empiezan a tener un efecto negativo en la ocupación.

En definitiva, y sistematizando todas estas interrelaciones, el rol cuidador puede tener todos estos efectos sobre la ocupación laboral:

- El abandono de la actividad
- La reducción del número de horas trabajadas
- El cambio de horarios
- La pérdida de reuniones y oportunidades de formación
- La renuncia o las trabas a la promoción y los ascensos
- La alteración de las rutinas y funciones propias del puesto para acomodarlas a las responsabilidades de cuidado
- El menor rendimiento, por causa del estrés o el cansancio

Pero también es posible que los cambios en la situación del hogar provocados por la afección de alguno de sus miembros haga más probable la actividad laboral de los otros (madres monoparentales de hijos con limitaciones, cónyuges inactivos anteriormente que buscan trabajo para compensar la pérdida de ingresos, etc.)

También con ánimo de sistematizar, pueden enumerarse los principales factores de los que depende que se produzcan tales efectos o la intensidad con que se producen en lo que se refiere a las características del individuo y del hogar:

El sexo parece realmente el principal determinante, sin duda a causa de la división sexual de roles que todavía se mantiene en múltiples esferas de las relaciones sociales y, especialmente, en las que atañen a la vida doméstica y familiar.

La intensidad, tipo y duración de los cuidados requeridos. A partir de ciertos umbrales, sencillamente es materialmente imposible disponer de las horas necesarias para trabajar, pero también puede existir una relación positiva si el número de horas dedicadas al cuidado no es excesivamente grande.

Las condiciones económicas son un motivo prácticamente universal de dedicación a la actividad laboral, pero la convivencia con discapacitados la condiciona de una forma ambivalente: por una parte, los cuidados entran en competencia con el trabajo, y pueden desincentivarlo; por otra, el aumento de los gastos (o la pérdida de ingresos si el afectado tenía un papel proveedor importante que ya no puede mantener) puede tener el efecto contrario (una madre sola, que debe cuidar de un hijo con discapacidad, difícilmente puede no trabajar (Hanvey, 2002) si no recibe recursos por otras vías).

La relación de parentesco entre suministradores y receptores de cuidados especiales. Los cuidadores más frecuentes son los cónyuges e hijos (especialmente hijas) de los afectados, pero esto depende, claro está, de la etapa del ciclo vital y familiar en que se encuentran estos últimos.

El momento del curso de vida. Este tema ha sido tratado casi exclusivamente para el curso de vida femenino, y se encuentra muy estrechamente vinculado a la tipología de las relaciones interpersonales y a las expectativas y roles previos (Moen, 1995). Aparece como un factor importante la previsibilidad o imprevisibilidad de la dedicación a cuidar, y lógicamente, también la duración de esta función. Mención aparte requiere, obviamente, la especificidad del cuidado a los niños. Kuhlthau (2001) ha encontrado en EEUU (aplicando modelos multivariantes a los microdatos de la National Health Survey-D 1994) una relación significativa entre la mala salud del hijo y la reducción del empleo tanto de padres como de madres (controlando variables claramente relacionadas como la edad del niño, estudios de los padres, etnia, hábitat urbano-rural o número de hijos).

La interrelación con los cuidados formales y los servicios sociales. Buen ejemplo es el efecto que han tenido las políticas de integración fuera de las instituciones, extendidas en los países desarrollados en los años 80 y 90, y su mayor o menor acompañamiento de medidas que faciliten o aseguren a los cuidadores la posibilidad de mantener un empleo.

En realidad, este último factor podría incluirse en la categoría de "componentes del marco estructural", entre los que debería incluirse la intervención del Estado en general (recursos y políticas de "Bienestar", que incluyen equipamientos y servicios sociosanitarios, pero también las políticas de empleo, fiscales y de ayudas directas) y en particular las ayudas y apoyos que los afectados y sus cuidadores reciben de instancias externas a la familia. También entrarían en esta categoría las características del mercado laboral (su distribución por sectores, la actitud de los empleadores, etc.) y la situación y extensión del mercado de bienes y servicios específicos para las personas con discapacidades y para sus familias y cuidadores. Incluso la evolución de las nuevas tecnologías o la ergonomía del entorno arquitectónico o urbano son factores intervinientes.

En el trabajo que aquí se emprende, muchos de tales factores no podrán controlarse, y ni siquiera se les dedicará una atención descriptiva amplia, que puede conseguirse por otros medios<sup>37</sup>. Lo que se va a hacer a continuación es explotar una fuente excepcional, la EDDDES99, en busca de las determinaciones que la discapacidad ejerce sobre la ocupación de los afectados y, sobre todo, de los convivientes. Esta empresa, por tanto, se concentra en información relativa básicamente a las características personales y de los hogares de los implicados. Empezaremos por un análisis descriptivo básico, organizado alrededor de los diferentes grandes intervalos de edad de las personas que padecen discapacidades, para completar la investigación aplicando modelos de

---

<sup>37</sup> Una buena descripción de este marco estructural en España, en lo que se refiere a la acción del Estado (como las medidas fiscales de apoyo a las personas con discapacidad y a sus familias, o las medidas de protección a tales familias, puede encontrarse en publicaciones como la del Consejo Económico y Social, (2003) o el propio, *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*, IMSERSO (2005).

regresión múltiple con los que el efecto de la edad o de otras variables pueda ser controlado para dejar al descubierto la relación estricta entre convivencia o cuidado de personas con discapacidad y la dedicación del sujeto al trabajo.

## 4 DISCAPACIDAD EN LAS DISTINTAS EDADES Y LOS CUIDADOS EN EL HOGAR

Se describe a continuación, de forma sucinta pero distinguiendo los distintos subgrupos de edad, el estado y características principales de las personas afectadas por la discapacidad y de sus hogares y cuidadores. El esquema general de cada subapartado será similar, empezando por las características de la propia discapacidad o sus causas, hasta llegar a la información sobre los hogares, familiares y cuidadores.

### 4.1 Niños (0-15 años)

Aunque se hayan englobado todos los menores de 16 años en este apartado, el análisis se va a hacer teniendo en cuenta dos subgrupos: de 0 a 5 años y de 6 a 15. Los motivos son sustanciales, pero también metodológicos y conceptuales. Para los de menor edad no llega a hablarse de discapacidades porque sus problemas funcionales no afectan al mismo tipo de actividades cotidianas que en las demás edades. Así se entiende en la EDDES, que les dedica un cuestionario específico y califica como "limitación", en vez de discapacidad, la dificultad o imposibilidad de realizar ciertas actividades propias de estas edades, mientras que a partir de los 6 años (cuando la escolarización se hace universal y obligada) y en adelante, se usa ya el mismo concepto de "discapacidad".

Muchas limitaciones, especialmente aquellas que son permanentes y de origen congénito, tardan en ser identificables, a menos que exista un cotejo frecuente con los estándares pediátricos mediante suficientes pruebas médicas (p.ej. grado de sordera, ceguera). En ello existe, claro está, un problema añadido con la dificultad o imposibilidad de que el niño sea un agente activo en la comunicación de su limitación a los demás.

Para los niños de 6-15 años y las demás edades, ese sesgo entre la "prevalencia real y medida" será mucho menor. Además, por razones de selección y causales, la proporción de las limitaciones o discapacidades por causa congénita baja con la edad, por la sobremortalidad que producen algunas deficiencias u otros factores de riesgo asociados: cuando, por ejemplo, empiezan a andar, ir a la guardería/colegio y, más adelante, al trabajo. Entonces, habrá más contacto como los entornos sociales (colegio, trabajo, ocio) en que participen aumentan y eso puede provocar enfermedades comunes o accidentes. Por ejemplo, muchos niños de edad escolar juegan deportes, y a partir de la edad 14 ya puedan llevar motocicletas. Sin embargo, el peso de los problemas congénitos y de parto solo

va descendiendo lentamente y entonces todavía juega un role importante en estas edades (respectivamente, la mitad y 16% del total).

La cuestión relevante para esta investigación es cuánto tiempo adicional necesitan los cuidadores que tienen niños con discapacidad respecto a la que sería una dedicación habitual prestada a cualquier niño. Aunque en el cuestionario dedicado a los menores se incluye una pregunta sobre las horas semanales dedicadas al cuidado de niños con limitaciones, no podemos averiguar la proporción de ese tiempo que en realidad deriva de las tareas normales que también desempeñan los demás cuidadores, ni siquiera hablar sobre el sesgo en la respuesta. Además, es posible que tener un hijo con una limitación severa suprima la dedicación a ciertas actividades que se realizarían si no tuviera ningún impedimento (dibujar o pintar, acompañarle cuando juega, hace deporte o acompañarle a una fiesta de cumpleaños), lo que aproximaría la carga temporal si en esta no se distingue el tipo de tareas a las que se ha dedicado el tiempo.

#### Cuestionario y tratamiento de la encuesta

Destaca la extensión y riqueza del cuestionario, empezando por el simple hecho de que se ha dedicado un cuestionario específico a los menores de 6 años, pero hay que añadir inmediatamente que esta riqueza de la herramienta contrasta desafortunadamente con la escasez de la muestra (Cuadro 1):

- Con una muestra de sólo 256 niños (hasta 6 años) con alguna limitación, que suponen un 2,4% de todos los niños, por lo cual se debe tomar los resultados con una cierta precaución.
- Ponderar los datos no da un resultado mejor o más exacto. Por ejemplo, ponderado hay más niñas que niños de 2 años de edad en la población española (razón 0,93), sin tomar en cuenta la discapacidad, mientras según el Patrón nacional la razón es 1,04.

#### **4.1.1. Situación de los 0 a 5 (limitaciones)**

---

Este apartado recopila los rasgos más destacados que configuran la situación respecto a las limitaciones en que se encuentran los niños de 0 a 5 años. Dicha situación se enmarca dentro del estado general de la salud, aquellas limitaciones graves que afectan a las actividades de la persona en cuestión y que tengan su origen en una deficiencia (INE, 2001).

Asumiendo que representatividad de la muestra después la aplicación del factor de ponderación, la EDDES recopiló en 1999 información relevante a 2.209.506 niños (1.138.578 niños y 1.070.928 niñas) entre 0 y 5 años que convivían en viviendas familiares. Los niños que declaraban alguna limitación ascendían a 49.577 personas, lo que suponía que el 2,2% del total con poca diferencia entre chicos y chicas (2,2% frente a 2,3%). Por edad, discapacidad aumenta de 0,5% para lactantes a cerca 2% para niños de un y dos años y 3% para los que tienen 4 o 5 años (Cuadro 1). La prevalencia de las limitaciones,

por tanto, no se mantiene uniforme en todas las edades, sino que parece aumentar. Por una parte, esto podría ser lo que ocurre realmente (es decir, crecería la proporción con la edad porque van aumentando los niños con limitaciones) pero también podría ser un resultado de la "invisibilidad" de las limitaciones en edades en que se confunden con la "inmadurez" y no se pueden percibir como tales limitaciones.

**Cuadro 1. Menores de 6 años en la muestra de la Encuesta y tras aplicar el factor de ponderación, por sexo y edad simple, según el padecimiento de limitaciones**

Muestra						
Edad	Sin limitación			Con Limitación		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
0	819	766	1.585	9	5	14
1	807	775	1.582	17	15	32
2	843	844	1.687	19	24	43
3	907	801	1.708	26	26	52
4	947	845	1.792	27	30	57
5	979	895	1.874	33	25	58
total	5302	4926	10.228	131	125	256
	97,6%	97,5%	97,6%	2,4%	2,5%	2,4%

Población						
Edad	Sin limitación			Con Limitación		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
0	178.821	166.043	344.864	1.100	803	1.903
1	172.169	167.352	339.521	2.458	3.679	6.137
2	175.982	188.135	364.117	2.890	4.515	7.405
3	193.412	163.422	356.834	6.775	5.246	12.021
4	197.305	174.213	371.518	5.044	6.135	11.179
5	196.166	186.909	383.075	6.456	4.476	10.932
total	1.113.855	1.046.074	2.159.929	24.723	24.854	49.577
	97,8%	97,7%	97,8%	2,2%	2,3%	2,2%

Fuente: EDDES99

Las limitaciones más frecuentes entre los menores de 6 años son aquellas que afectan a las tareas cognitivas y al desarrollo físico del niño. El 1,5% y el 1,4% del total de los niños de estas edades, respectivamente, presentan algún tipo de limitación en estas actividades, lo que supone respectivamente 66,1% y el 62,3% de los niños que presentan alguna limitación en este grupo de actividades (Cuadro 2). En términos del total de las limitaciones (como se pueden padecer más que una<sup>38</sup>), más o menos un cuarta parte del total están asociadas con aprendizaje y desarrollo físico, seguido por limitaciones asociadas con comunicación (17%), ver (7%) y oír (6%). Aparentemente se cumple la "norma" de que el sexo determina diferencias; los varones con desarrollo físico más precoz, las niñas con mayor facilidad para comunicarse (Gráfico 3). Sin

<sup>38</sup> El promedio de número de limitaciones que tiene un niño de 0 a 5 años con limitaciones es 2,4.

embargo hay que tener en cuenta la escasez de la muestra y la poca solidez de esta conclusión.

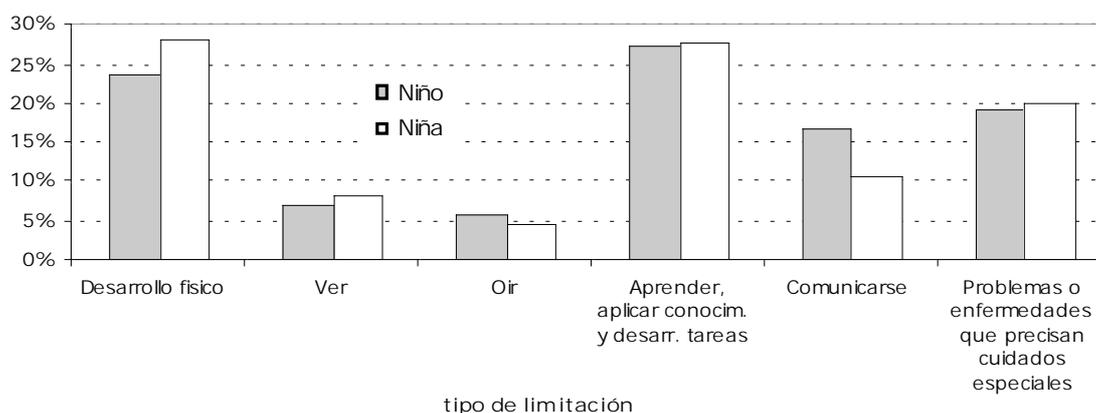
Al mismo tiempo, no todos que declaran padecer problemas precisan cuidados especiales. Estos últimos son algo menos que la mitad, alrededor de 1 de cada 100 menores de 6 años.

**Cuadro 2 Población de 0 a 5 años según el tipo de limitación. España, 1999**

Tipo de limitación	% sobre el total de la población	% del total de las personas con limitaciones	% total de limitaciones
Desarrollo físico	1,40%	62,3%	23,7%
Ver	0,41%	18,4%	6,9%
Oír	0,28%	12,6%	5,8%
Cognitivas	1,48%	66,1%	27,3%
Comunicarse	0,73%	32,4%	16,9%
Problemas o enfermedades que precisan cuidados especiales	1,06%	47,4%	19,4%
<b>Total</b>	<b>2,24%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Numero de limitaciones			118.578
Población con limitaciones		49.576	
Población total	2.209.502		

Fuente: EDDES99

**Gráfico 3. Distribución de las limitaciones detectadas en menores de 6 años según sexo y tipo de limitación**



Fuente: EDDES99

La deficiencia que provoca las limitaciones – Una misma limitación puede estar causada por más de una deficiencia, es decir, cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano (p.ej. la ausencia de una mano, paraplejía, retraso mental, trastornos del lenguaje). A efectos de simplificación sólo se identifica como causa a una deficiencia (las "pautas de asignación de deficiencia" pueden consultarse en [INE, 2001 #2383]).

Así, hemos identificado que hay pocas diferencias en las agrupaciones construidos por el INE: 19 % de las deficiencias son de tipo viscerales, seguido por las mentales (18%) y visuales (14%) (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Población de 0 a 5 años según la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	N	% sobre el total de la población	% total de deficiencias
Deficiencias mentales	9.273	0,42%	18,3%
Deficiencias visuales	7.250	0,33%	14,3%
Deficiencias del oído	4.901	0,22%	9,7%
Deficiencias del lenguaje, habla y voz	5.882	0,27%	11,6%
Deficiencias del sistema nervioso	6.645	0,30%	13,1%
Deficiencias osteoarticulares	4.898	0,22%	9,7%
Deficiencias viscerales	9.393	0,42%	18,5%
Otras deficiencias	2.514	0,11%	5,0%
<b>Total deficiencias</b>	<b>50.757</b>		<b>100,0%</b>
Personas con limitaciones	49.577	2,24%	

Fuente: EDDES99

El origen de la deficiencia – Tal vez como en esta franje de edad no siempre se detectan a una deficiencia por la invisibilidad de las limitaciones, hay pocos bebés con una limitación. Igualmente, analizando el tipo del origen de las deficiencias que causaron las limitaciones, se ve que con la edad va aumentando la proporción de las limitaciones "adquiridas" y disminuye la proporción de las congénitas, lo cual confirma el efecto "acumulativo" de limitaciones. La edad del inicio de la limitación cuando la causa es congénita es siempre "cero", de modo que la simple explotación de esta variable nos permite concluir que el 56% de las deficiencias en niños de 0-1 años tiene como origen factores congénitos, mientras que dicha proporción se reduce hasta el 42% entre los de 4-5 años (Cuadro 4)<sup>39</sup>.

Para complementar estos datos se provee una tabla de cruce entre la deficiencia y la causa de dicha deficiencia (Cuadro 5). Se observa así que la primera causa de casi todas las deficiencias son los problemas congénitos, salvo en las sensoriales del oído y "otras". Por ejemplo, casi 70% de las deficiencias del sistema nervioso y 60% de las deficiencias visuales son debidas a anomalías congénitas. No obstante, también son importantes las complicaciones en el parto, que provocaron el 8% de todas las deficiencias en niños de 0 a 5 años (lo que equivaldría a 4.221 niños) y hasta un cuarto de las deficiencias osteoarticulares.

<sup>39</sup> Se puede haber un sesgo porque los recién nacidos con problemas se quedan hospitalizados. Relacionado con eso es un posible efecto de selección por sobremortalidad de los que tienen problemas congénitos, algo que es más probable en el primer año de vida.

**Cuadro 4. Población de 0 a 5 años según la origen de la deficiencia. España, 1999**

Edad	Problema que causó la deficiencia				Total (N)
	Congénito	Problemas en el parto	Enfermedad común	Otras causas	
0-1	56%	7%	16%	20%	5.382
2-3	51%	8%	17%	24%	20.689
4-5	42%	9%	24%	25%	23.992
<b>Total (N)</b>	<b>47%</b>	<b>8%</b>	<b>20%</b>	<b>24%</b>	<b>50.063</b>

Fuente: EDDES99

Nota. Había 691 niños con una deficiencia cuyo origen era desconocido o no revelado.

**Cuadro 5. Población de 0 a 5 años según la limitación y el problema que causó la limitación. España, 1999**

Deficiencia	Congénito	Problemas en el parto	Enfermedad común	Otras causas	No respuesta	Total (N)
Mentales	33,9%	15,0%	16,5%	30,2%	4,3%	9.273
Visuales	60,4%	4,3%	18,5%	16,9%	-	7.250
Del oído	25,0%	-	38,6%	35,6%	0,9%	4.901
Del lenguaje, habla y voz	44,4%	-	9,9%	42,1%	3,6%	5.882
Del sistema nervioso	68,4%	10,7%	11,3%	9,7%	-	6.645
Osteoarticulares	48,2%	24,2%	12,4%	15,2%	-	4.898
Viscerales	49,6%	2,9%	32,1%	15,0%	0,4%	9.393
Otras	25,5%	14,0%	13,8%	46,7%	-	2.514
<b>Total (N)</b>	<b>23.565</b>	<b>4.221</b>	<b>10.061</b>	<b>12.218</b>	<b>691</b>	<b>50.756</b>
<b>Total (%)</b>	<b>46,4%</b>	<b>8,3%</b>	<b>19,8%</b>	<b>24,1%</b>	<b>1,4%</b>	<b>100%</b>

Fuente: EDDES99

La severidad de las discapacidades.- La EDDES permite saber, tanto en el caso de los niños con limitaciones como en el de aquellos que padecen discapacidades, la severidad de cada uno de los problemas que presentan. La severidad ha sido clasificada, tanto en el cuestionario de limitaciones como en el de discapacidades, en cuatro categorías diferentes. La severidad ha sido definida por los propios afectados (o en el caso de muchos de los niños, por los responsables de los mismos), es decir, en función de la percepción subjetiva, en función de la capacidad de llevar a cabo las actividades afectadas.

Tal y como puede observarse en el Cuadro 6 los cuatro posibles niveles de severidad van desde las actividades que se pueden realizar sin ningún tipo de dificultad, las que se llevan a cabo con dificultad moderada, grave o las que no pueden realizarse. En el caso de los niños menores de 6 años, son pocos los que no pueden realizar las actividades afectadas, aunque sí hay diferencias de género: mientras 10% de los chicos que padece alguna limitación es incapaz de realizar la actividad frente a 8% de las chicas. Los que lo hacen con dificultad

grave la relación es inversa: 15% de los chicos y 28% de las chicas, mientras casi 60% en ambos sexos tienen dificultad moderada para realizar la actividad. Finalmente, 16% de los chicos y solo 7% de las chicas no tiene dificultad alguna. Es decir, hay más chicos en los dos grupos extremos, pero más niñas con dificultades para realizar actividades.

**Cuadro 6. Población de 0 a 5 años según la máxima severidad de las limitaciones. España, 1999**

	Niños	Niñas	Total
Sin dificultad alguna	16%	7%	11%
Con dificultad moderada	59%	57%	58%
Con dificultad grave	15%	28%	21%
No puede realizar la actividad	10%	8%	9%
<b>Total (N)</b>	<b>20.986</b>	<b>20.323</b>	<b>41.309</b>
No sabe / no contesta	3.738	4.530	8.268
Personas con limitaciones	24.723	24.853	49.577

Fuente: EDDES99

#### 4.1.2. Situación de los 6 a 15 (discapacidad)

Este apartado hace una descripción de los resultados sobre situación respecto a la discapacidad en que se encuentran los niños de 6 a 15 años, el origen de la deficiencia que provoca la discapacidad y la manera en que afecta las actividades de la persona en cuestión.

Según la EDDES, la población española en 1999 tenía casi 4,2 millón niños (2.156.169 niños y 2.035.917 niñas) entre 6 y 15 años que convivían en viviendas familiares. Los niños que declaraban alguna discapacidad ascendían a 68.284 personas, lo que suponía que el 1,6% del total en esa edad presentaba alguna limitación o problema en alguna de las actividades cotidianas (Cuadro 7) y la prevalencia es entonces ligeramente inferior a la de los niños entre 0 y 5 años. El sexo no marca diferencias importantes entre los niños y las niñas en la proporción con discapacidad. Los niños de 10-15 años tiene una prevalencia de la discapacidad inferior a la de los de 6 a 9 años (y, de hecho, la más baja de todas las edades).

**Cuadro 7: Población total y con alguna discapacidad de 6 a 15 años, por edad y sexo. España, 1999**

Edad	Sin discapacidad			Con discapacidad		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
6-9	797.077 98,1%	749.991 98,1%	1.547.068 98,1%	15.363 1,9%	14.421 1,9%	29.784 1,9%
10-15	1.323.031 98,5%	1.253.702 98,6%	2.576.733 98,5%	20.698 1,5%	17.804 1,4%	38.502 1,5%
Total	2.120.108 98,3%	2.003.693 98,4%	4.123.801 98,4%	36.061 1,7%	32.225 1,6%	68.286 1,6%

Fuente: EDDES99.

Las discapacidades - Entre el total de niños de 6 a 15 años las discapacidades tienen, en general, una menor prevalencia que entre los más pequeños. Las tareas de comunicación y los desplazamientos exteriores del hogar son las actividades en las que estos niños presentan más problemas (Cuadro 8) pero en general la prevalencia de los diferentes tipos de discapacidades también es menor en estas edades. Las dos actividades señaladas, por ejemplo, afectan al 45,2% y al 43,4% de los niños entre 6 y 15 años con alguna discapacidad y 0,7% del total de niños. Los problemas para realizar las tareas del hogar y para las tareas cognitivas también son muy frecuentes entre los que padecen alguna discapacidad (40,8% y 37,8%, respectivamente). Puesto que una persona puede tener más de una discapacidad, el conjunto de estos 4 grupos de discapacidad representan el 54% del total (de 10 grupos).

La deficiencia que provoca las limitaciones – Entre los niños de 0 a 5 años y de 6 a 15, hay una gran diferencia en los tipos de deficiencias que provocan las limitaciones o discapacidades. Primero porque hay más deficiencias entre las distintas categorías y segundo porque las que afectan vísceras pierden sustancialmente su peso en el conjunto (de 19% a 2%) mientras que las mentales crecen hasta suponer un 38% del total (18% entre los 0 a 5 años), seguidas por las deficiencias visuales (16%) y del oído (14%). Las tres primeras, entonces, suponen casi el 60% del total (Cuadro 9). Puesto que también las deficiencias del lenguaje, el habla y la voz tienen importancia relativa, parece que durante los primeros años, y si no se trata de una limitación permanente, las posibilidades de mejora son sustanciales.

**Cuadro 8. Población de 6 a 15 años según el tipo de discapacidad. España, 1999**

Tipo de discapacidad	% sobre el total de la población	% del total de las personas con discapacidad	% total de las discapacidades
Ver	0,32%	19,5%	6,3%
Oír	0,31%	18,8%	6,0%
Comunicarse	0,74%	45,2%	14,5%
Cognitivas	0,62%	37,8%	12,1%
Desplazarse	0,32%	19,9%	6,4%
Utilizar brazos y manos	0,39%	24,2%	7,8%
Desplazarse fuera del hogar	0,71%	43,4%	14,0%
Cuidar de sí mismo	0,50%	30,4%	9,8%
Realizar las tareas del hogar	0,66%	40,8%	13,1%
Relacionarse con otras personas	0,51%	31,0%	10,0%
<b>Total</b>	<b>1,63%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Población total	4.192.086		
Población con discapacidades		68.284	
Numero de discapacidades			212.301

Fuente: EDDES99

**Cuadro 9. Población de 6 a 15 años según la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	N	% sobre el total de la población	% total de deficiencias
Mentales	29.575	0,71%	37,7%
Visuales	12.793	0,31%	16,3%
Del oído	10.844	0,26%	13,8%
Del lenguaje, habla y voz	4.203	0,10%	5,4%
Osteoarticulares	8.427	0,20%	10,8%
Del sistema nervioso	8.732	0,21%	11,1%
Viscerales	1.243	0,03%	1,6%
Otras	2.534	0,06%	3,2%
<b>Numero de deficiencias</b>	<b>78.352</b>	<b>1,87%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: EDDES99

**Cuadro 10. Población de 6 a 15 años según la deficiencia y el problema que causó la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	Congénito	Problemas en el parto	Accidente de tráfico	Accidente doméstico	Otro tipo de accidente	Enfermedad común	Otras causas	n.s/n.c	Total (N)
Mentales	54,4%	25,0%	0,1%	0,9%	-	8,2%	10,5%	0,9%	29575
Visuales	60,1%	7,9%	1,7%	5,1%	0,2%	9,7%	6,6%	8,7%	12793
Del oído	25,3%	11,5%	1,9%	-	2,4%	35,9%	22,9%	-	10844
Del lenguaje, habla y voz	11,0%	4,7%	-	-	-	28,3%	56,0%	-	4203
Del sistema nervioso	57,5%	6,3%	2,0%	1,5%	-	23,6%	9,1%	-	8427
Osteoarticulares	48,2%	21,9%	1,8%	-	-	14,4%	7,2%	6,5%	8732
Viscerales	67,2%	-	-	-	-	32,8%	0,0%	-	1243
Otras	58,2%	-	-	5,9%	5,2%	12,5%	18,2%	-	2534
<b>Total (N)</b>	<b>38.364</b>	<b>12.292</b>	<b>776</b>	<b>1.178</b>	<b>415</b>	<b>12.722</b>	<b>10.651</b>	<b>1.954</b>	<b>78.352</b>
<b>Total (%)</b>	<b>49,0%</b>	<b>15,7%</b>	<b>1,0%</b>	<b>1,5%</b>	<b>0,5%</b>	<b>16,2%</b>	<b>13,6%</b>	<b>2,5%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: EDDES99

El origen de la deficiencia – Según los resultados la mitad de las deficiencias en niños de 6-15 años tiene como origen factores congénitos. Se encuentra que, como en el caso de los niños de 0 a 5 años, la primera causa de casi cada deficiencia es por un problema congénito, en general 50% a 70% del total. En el caso de las deficiencias del oído y del lenguaje, habla y voz las causas que cuentan más son enfermedades común y “otras”. Como en el caso de los niños pequeños, un parte importante de las deficiencias osteoarticulares son causadas por problemas que ocurrió en el parto (aquí 22%), pero para los niños de 6 a 15 años eso es también responsable para un cuarto de las deficiencias mentales (Cuadro 10).

La severidad de las discapacidades.– La dificultad que entraña la certificación de una discapacidad en estas edades tan tempranas es probablemente la causa de que, tanto entre los menores de 6 años, y sobre todo, entre los que superan dicha edad, una buena parte de los responsables de los niños declaran que las actividades afectadas por una limitación o discapacidad se realicen con una dificultad moderada y que escasas actividades en las que existen limitaciones se llevan a cabo sin dificultad alguna. En cambio, entre los de 6-15 años cuatro de cada diez de los que declaran padecer una discapacidad es incapaz de realizar la actividad en la que presentan problemas y uno de cada 6 que tiene dificultad grave. Las dos categorías juntas afectan a casi 40.000 niños. Hay pocas diferencias entre niños y niñas (Cuadro 11).

**Cuadro 11. Población de 6 a 15 años según la maximum severidad de las discapacidades. España, 1999**

	Niños	Niñas	Total
Sin dificultad alguna	0,3%	0,7%	0,5%
Con dificultad moderada	40,4%	42,4%	41,3%
Con dificultad grave	19,9%	14,6%	17,4%
No puede realizar la actividad	39,4%	42,3%	40,8%
Total (N)	35.772	32.053	67.826
No sabe / no contesta	288	171	458
Personas con discapacidades	36.060	32.224	68.284

Fuente: EDDES99

#### 4.1.3. Las ayudas

A través del grado de severidad se advierte, en cierta medida, la capacidad de realizar las actividades afectadas entre las personas que presentan limitaciones o discapacidades. La EDDES, no obstante, inquiriere en los cuestionarios de limitaciones y discapacidades sobre la necesidad y la recepción de ayudas

asistenciales. La proporciona la información referente a la ayuda, tanto personal como técnica, que recibe cada individuo que declara padecer una discapacidad, si es que lo hace, así como información sobre aquellas ayudas solicitadas pero que no ha recibido. Esto nos permite, por lo tanto, calcular toda la ayuda que han demandado. Como la información ha sido recopilada para cada una de las discapacidades declaradas, por lo que la EDDES99 permite, además de obtener datos sobre características de las personas con discapacidad, indagar sobre cuales son las situaciones más propensas que llevan a solicitar algún tipo de asistencia.

Entre los niños menores de 6 años resulta difícil establecer cuales son las verdaderas consecuencias asistenciales que se generan a partir de las limitaciones, ya que se trata de edades en las que la ayuda para llevar a cabo muchas de las actividades básicas es inherente a la propia edad y a la dependencia "natural" existente en dichas edades. En muchos de los casos, además, las limitaciones en las edades más tempranas pueden no ser perceptibles, especialmente los problemas que tienen como origen causas congénitas. Es por ello, que resulta complicado establecer, incluso para los propios progenitores, el tiempo adicional que requieren los cuidadores de los niños con alguna discapacidad, además del tiempo habitual requerido en condiciones "normales".

De acuerdo a las respuestas obtenidas por los responsables de estos niños, los menores de 6 años que recibían algún tipo de ayuda (asistencia personal o técnica) ascienden a 32.546 personas, es decir, el 1,5% del total de niños en estas edades y el 66% de los menores que declaraban alguna limitación. En el caso de los niños mayores de 6 años la proporción de los que requieren ayuda es 1,1% del conjunto de los menores entre 6 y 15 años (46.919 personas) y el 69% del total de niños con discapacidad. Especificando la ayuda por tipo, el número de niños que recibe alguna ayuda técnica es notablemente menor que niños que reciben alguna asistencia personal (0,4% frente a 1,1% para los dos grupos de edad juntos). Solamente cuatro de cada mil niños se beneficia de algún tipo de aparato o instrumento para paliar los problemas originados por las limitaciones (Cuadro 12) y, en efecto, hay pocos niños que solo reciben ayuda técnica, pero más en combinación con ayuda personal.

**Cuadro 12: Población de 0-15 años con discapacidad, según el tipo de cuidado que recibe, por edad. España, 1999**

	N			Sobre el total de la población			Sobre el total de la población con discapacidad		
	0-5	6 - 15	Total	0-5	6 - 15	Total	0-5	6 - 15	Total
Recibe alguna ayuda de asistencia personal	30.301	40.213	70.514	1,4%	1,0%	1,1%	61,1%	58,9%	59,8%
Recibe alguna ayuda técnica	9.412	17.896	27.307	0,4%	0,4%	0,4%	19,0%	26,2%	23,2%
Recibe algún tipo de ayuda	32.546	46.919	79.465	1,5%	1,1%	1,2%	65,6%	68,7%	67,4%
Recibe solo ayuda técnica	2.244	6.706	8.951	0,1%	0,2%	0,1%	4,5%	9,8%	7,6%
Recibe solo ayuda personal	23.134	29.023	52.158	1,0%	0,7%	0,8%	46,7%	42,5%	44,3%
Recibe ambos tipos de ayuda	7.167	11.190	18.357	0,3%	0,3%	0,3%	14,5%	16,4%	15,6%
Niños con discapacidad	49.577	68.284	117.861				100,0%	100,0%	100,0%
Población	2.209.504	4.192.086	6.401.589	2,2%	1,6%	1,8%			

Fuente: EDDES99.

La relación entre ayuda, tipo de limitación/discapacidad y severidad puede parecer en algunas ocasiones contradictoria, sobre todo en el caso de las ayudas técnicas. Los niños con dificultades moderadas son los más numerosos, prácticamente constituyen casi la mitad del total de niños con alguna limitación o discapacidad. Como consecuencia, el número absoluto de pequeños con discapacidades moderadas que reciben ayuda, tanto sólo personal como sólo técnica son los más numerosos (Cuadro 13). No obstante, el número absoluto de niños que recibe ambos tipos ayuda es más alta en ellos que no puede realizar la actividad. También la proporción de niños que recibe alguna ayuda en relación al total de menores con distintos grados de severidad es diferente. La asistencia personal con o sin ayuda técnica es más intensa cuanto más graves resultan las limitaciones de los niños. De hecho, el 75% de pequeños con dificultades graves para realizar las actividades y el 90% de los que no pueden llevar a cabo las actividades afectadas reciben por parte de una tercera persona alguna ayuda asistencial adicional. En el caso de las ayudas técnicas, sin embargo, la tendencia no es tan lineal: entre los que no pueden llevar a cabo las actividades afectadas, por ejemplo, los que se benefician de este tipo de ayuda son menos numerosos que aquellos que padecen dificultades graves.

**Cuadro 13: Proporción de población de 0-15 años con limitación/discapacidad<sup>40</sup> según el grado de severidad y el tipo de cuidado que recibe. España, 1999**

Grado de severidad	Nº con discap.	Nº			%			
		Solo ayuda técnica	Solo ayuda persona	Recibe ambos tipos	Solo ayuda técnica	Solo ayuda persona	Recibe ambos tipos	No recibe ayuda
Sin dificultad alguna	5.045	893	755	256	18%	15%	5%	62%
Con dificultad moderada	52.115	5.482	21.555	4.368	11%	41%	8%	40%
Con dificultad grave	20.528	2.089	10.181	5.185	10%	50%	25%	15%
No puede realizar	31.447	486	19.667	8.548	2%	63%	27%	9%
<b>Total</b>	<b>109.135</b>	<b>8.951</b>	<b>52.158</b>	<b>18.357</b>	<b>8%</b>	<b>48%</b>	<b>17%</b>	<b>27%</b>
No sabe / no contesta	8.726							
Personas con discap.	117.861							

Fuente: EDDES99.

Algunas limitaciones y discapacidades concretas requieren ayuda en una mayor proporción. Es el caso de los niños más pequeños los que presentan problemas para tareas cognitivas, tales como el aprendizaje y el desarrollo de tareas, y los que padecen problemas de comunicación son los que requieren en más ocasiones ayuda asistencial por parte de una tercera persona (cuadro 14). En el caso de los niños de 6 y más años, a excepción de los que padecen discapacidades visuales y auditivas, donde no había necesidad de ayuda

<sup>40</sup> La proporción ha sido calculada sobre el total de niños que en cada edad tienen alguna limitación o discapacidad con un determinado grado de severidad. Es decir, 38% de niños de 0-15 años con limitación leve que recibe algún tipo de ayuda (personal, técnica o ambos) está calculado en base del total de niños con una limitación o discapacidad que no implica dificultad alguna.

personal, un gran parte de los niños con algún tipo de dificultad para realizar diferentes actividades cotidianas requieren de la ayuda de una persona, especialmente los que presentan dificultades para cuidar de sí mismos (93%), muestran dificultades para llevar a cabo tareas del hogar (89%) y los que tiene problemas de desplazarse en general (82%) y fuera del hogar (81%).

La proporción de niños que se beneficia de ayudas técnicas es sensiblemente menor. En el caso de los más pequeños, los menores de 6 años, de los pocos niños que emplean instrumentos o aparatos técnicos, 29% de los con problemas en su desarrollo físico se beneficia de este tipo de ayudas, donde la mayoría de ellos también reciben ayuda de asistencia personal. Les siguen los niños con problemas visuales (19%), mientras 8% de los niños con problemas auditivos también emplean la ayuda técnica.

Entre los niños de más edad, entre los que cuentan entre 6 y 15 años, las ayudas técnicas son menos frecuentes en general (un 13% frente al 16% de los menores de 6 años). Entre éstos existen determinadas actividades que requieren un mayor uso de este tipo de ayudas. En el caso de los problemas para desplazarse, por ejemplo, el 53% de los que tiene este tipo de discapacidad hace uso de ayudas técnicas. En el caso de ellos con problemas para desplazarse fuera del hogar son un 27%. Además, respectivamente 24% y 23% de los que tiene problemas para oír y ver usa ayudas técnicas. Los niños con problemas para desplazarse en general y fuera del hogar utilizan con mayor proporción ambos tipos de ayuda (respectivamente 41% y 23%).

Para ambos grupos de edad, los niños que no requieren o hacer uso de ayuda alguna son ellos con discapacidades para ver o oír (hasta un 77%).

Por ultimo, entre los niños de 0 5 años uno de cada 10 de los que respondieron para los menores no sabían o contestaron si el niño recibe o no ayuda para la discapacidad (hasta un 20% para niños con problemas para ver).

**Cuadro 14: Grupo de discapacidad por tipo de cuidado que recibe para las edades 0-5 y 6-15. España, 1999**

Grupo de discapacidad	N	Sólo ayudas técnicas	Sólo asistencia personal	Ayudas técnicas y personal	No recibe ayuda alguna	n.s. / n.c.	Total
<b>0-5 años</b>							
Desarrollo físico	30.888	4%	49%	25%	6%	15%	100%
Ver	9.146	19%	0%	0%	60%	20%	100%
Oír	6.225	8%	0%	0%	75%	17%	100%
Aprender, aplicar conocimiento y desarrollar tareas	32.758	0%	80%	10%	2%	9%	100%
Comunicarse	16.075	0%	77%	0%	15%	8%	100%
Problemas o enfermedades que precisan cuidados especiales	23.479	0%	61%	18%	19%	2%	100%
<b>Total</b>	<b>118.571</b>	<b>3%</b>	<b>57%</b>	<b>13%</b>	<b>16%</b>	<b>10%</b>	<b>100%</b>
<b>6-15 años</b>							
Ver	13.319	23%	0%	0%	77%	0%	100%
Oír	12.813	24%	0%	0%	76%	0%	100%
Comunicarse	30.839	4%	38%	1%	57%	1%	100%
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	25.785	0%	47%	3%	49%	0%	100%
Desplazarse	13.568	12%	41%	41%	6%	0%	100%
Utilizar brazos y manos	16.500	5%	38%	5%	51%	1%	100%
Desplazarse fuera del hogar	29.630	3%	57%	24%	15%	0%	100%
Cuidar de sí mismo	20.783	2%	81%	11%	4%	2%	100%
Realizar las tareas del hogar	27.878	1%	89%	1%	9%	0%	100%
Relacionarse con otras personas	21.186	0%	32%	0%	61%	7%	100%
<b>Total</b>	<b>212.301</b>	<b>5%</b>	<b>47%</b>	<b>8%</b>	<b>38%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

Fuente: EDDES99.

#### **4.1.4. Impacto en los hogares**

---

La gran mayoría de los niños y los jóvenes de hasta 15 años viven en el típico hogar nuclear, junto con sus dos progenitores. No hay en ello apenas diferencia si se trata de niños afectados por la limitación o discapacidad (Cuadro 15). Sólo los más afectados componen hogares diferentes al nuclear en proporciones algo mayores, aunque las diferencias resultan escasas. Los hogares compuestos por dos o más núcleos son relativamente algo más frecuentes entre los niños de 0 a 15 años con problemas (6,6% frente a 4,9%), y sobre todo entre los que reciben algún tipo de ayuda como consecuencia de dichos problemas (8,4%). De forma inversa, los hogares nucleares con hijos son menos frecuentes entre los niños que se benefician de algún tipo de ayuda que en el conjunto de los hogares con hijos con discapacidad, sobre todo cuando reciben ambos ayuda de una tercera persona y ayuda técnica: 71% de ellos viven en este tipo de hogar frente a 82% de todos los niños con discapacidad.

También existen algunas pequeñas diferencias entre las formas de convivencia de los niños más pequeños y los jóvenes entre 6 y 15 años. Los hogares no tradicionales, particularmente hogares monoparentales y extensos, son notablemente más frecuentes entre los niños mayores de 6 años. Sin embargo, en las familias de los más pequeños, cuando requieren algún tipo de ayuda (especialmente si es ayuda técnica), los hogares no tradicionales son más frecuentes. (Cuadro 15 y Tabla Anexo 2).

**Cuadro 15: Distribución de la población de 0-15 años con y sin limitación/discapacidad, según el tipo de ayuda que reciben y el tipo de hogar en el que viven. España, 1999**

<b>0-5 años</b>						
Tipología del hogar	Sin limitación	Con limitación	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sin núcleo	0,2%	1,1%	0,6%	0,0%	5,7%	0,0%
Monoparental	1,6%	1,7%	2,5%	10,8%	0,0%	0,0%
Pareja sin hijos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Pareja con hijos	86,7%	84,9%	83,4%	49,5%	77,3%	94,7%
Extenso	5,9%	4,1%	4,6%	23,3%	0,7%	2,4%
Polinuclear	5,7%	8,2%	8,9%	16,5%	16,3%	2,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	2.159.927	49.577	23.134	2.244	7.167	17.031
<b>6-15 años</b>						
Tipología del hogar	Sin discapacidad	Con discapacidad	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sin núcleo	0,5%	1,1%	1,1%	2,1%	1,1%	0,7%
Monoparental	4,5%	4,7%	3,8%	11,8%	2,4%	4,8%
Pareja sin hijos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Pareja con hijos	81,9%	79,6%	82,8%	73,2%	66,7%	83,9%
Extenso	8,5%	9,3%	6,2%	8,3%	20,8%	7,9%
Polinuclear	4,6%	5,4%	6,1%	4,6%	9,0%	2,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	4.123.802	68.284	29.023	6.706	11.190	21.365

Fuente: EDDES99.

En cualquier caso, los hogares de los menores sin ningún problema que limite sus actividades son, aunque ligeramente, menos numerosos que el de los niños con problemas de discapacidad. El mayor número de personas entre los afectados resulta casi imperceptible entre los menores de 6 años. Entre los niños de 0 a 5 años sin o con limitaciones el número medio de convivientes es más o menos igual, a alrededor de 4 personas por hogar ()

En cambio, los hogares compuestos por niños entre 6 y 15 años son algo más numerosos que los de los niños más pequeños. Mientras que el número medio de convivientes entre los menores de 6 años con alguna discapacidad es de 4,06 personas, el tamaño medio de los hogares en los que conviven jóvenes entre 6 y 15 años con discapacidad es de 4,63 personas. Teniendo en cuenta la escasez de las muestras, no se trata de diferencias significativas.

**Cuadro 16. Número de personas que componen el hogar según la edad del niño, si padece una discapacidad y si recibe alguna ayuda. España, 1999**

	0-5 años			6-15 años		
	N	Media	Des. típica	N	Media	Des. típica
Padece alguna discapacidad						
NO	2.159.928	4,05	1,16	4.123.802	4,42	1,16
SI	49.577	4,11	1,09	68.284	4,63	1,34
Ayudas recibidas						
sólo ayuda técnica	2.244	4,26	0,83	6.706	4,53	1,46
sólo ayuda personal	23.134	4,13	1,02	29.023	4,67	1,38
ayuda técnica y personal	7.167	4,13	1,68	11.190	4,62	1,34
no recibe ayuda	17.031	4,07	0,86	21.365	4,62	1,25

Fuente: EDDES99.

#### 4.1.5. Cuidados especiales y cuidadores

La encuesta de menores solo obtuvo información sobre 156 cuidadores que vivían en el hogar del niño, entre ellos 11 hombres y 145 mujeres. También había 6 personas que se dedicaba principalmente al cuidado del sujeto sin vivir con el (1 madre, 1 abuela y 4 cuidadores ajenos a la familia que proviene de los servicios sociales). Habida cuenta de la escasez de casos, no podemos generalizar los resultados obtenidos sobre la población general de España<sup>41</sup>. Por lo tanto, enseñamos los resultados de la encuesta sin el factor de ponderación.

Respecto a las variables demográficas, todos los hombres cuidadores en la encuesta son casados, 8 de ellos trabajan, 2 están en paro y 1 no contesta. Entre las mujeres, 126 son casadas, 10 solteras y 9 separadas o divorciadas, aunque 134 (92%) vivían en pareja. Además, 133 de ellas son las madres del sujeto, 6 las abuelas y 6 tienen otras relaciones con el sujeto. Sólo hay un caso una extranjera (debe recordarse que la encuesta es de 1999, es decir, antes de la intensificación reciente de la inmigración).

Pese a la escasez de la muestra, resulta evidente la analogía con el cuidado de los hijos en general por parte de las madres, generalmente en contexto de familia nuclear con roles desigualmente repartidos. Por este motivo, y dada la

<sup>41</sup> Esta escasa significación estadística se produce incluso después de que el INE sobre-representase estas edades en la encuesta, por la dificultad de encontrar niños con limitaciones. Se trata de un dato positivo, pero lleva a los integrantes de este proyecto a recomendar la supresión de este módulo en futuras encuestas, y a su sustitución por otros métodos de recogida de información (historias de vida, entrevistas en profundidad, etc.). En el anexo pueden encontrarse el conjunto de observaciones y recomendaciones hechas al INE, a requerimiento de dicha institución, en un seminario interno en septiembre de 2006, como parte del proceso de preparación de la inminente Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD2007).

total insuficiencia muestral en el caso de los hombres cuidadores, resulta imposible profundizar en el conocimiento de éstos, y en lo que sigue el análisis se limita a las mujeres cuidadoras.

Una somera descripción socioeconómica de estas mujeres nos dice que una proporción alta de las madres que cuidan a hijos de menos de 6 años tiene un bajo nivel de estudios. El 41% no alcanzó iniciar o completar estudios secundarios. Esta proporción es aún mayor para las mujeres de 16 a 64 años que cuidan a hijos de 6 a 15 años (un 56%), en parte por el efecto de edad (como promedio las generaciones más recientes tienen mayor nivel educativo). Sin embargo, estos datos no parecen apenas atribuibles a la relación cuidadora, porque son muy similares a los que arroja el conjunto de madres de 16 a 64 años que hemos podido identificar en la encuesta (un 53%) y al de madres con hijos menores, situadas con estudios inferiores a los de segundo nivel en un 41% (en la EPA es un 35%<sup>42</sup>), idéntico al peso que tienen entre las madres cuidadoras de menores con limitaciones. En realidad, parece que el bajo nivel de estudios está relacionado con la fecundidad, más que con el cuidado.

En relación con la ocupación, trabaja el 32% de las cuidadoras de niños pequeños con limitaciones, una proporción que es casi igual en el conjunto de las madres en edad laboral (35%) y sólo un poco más baja que en el conjunto de las mujeres (38% según la encuesta y 39% según la EPA). En cambio, sólo trabaja un 25% de las madres cuidadoras de niños mayores con discapacidades. Al mismo tiempo, la tasa de paro de las cuidadoras de niños pequeños es de 19%, un 3% mayor que la de aquellas que cuidan hijos de 6 a 15 años y casi el doble más alta que las madres en general y el conjunto de las mujeres. En definitiva, las cuidadoras de los más pequeños muestran comportamientos más similares a los de las madres de estos niños en general, mientras que pasados los 6 años la discapacidad de los hijos sí parece asociada a una menor ocupación e incluso una menor actividad (incluso el paro es menor).

Cuando se hace un cruce entre la variable de empleo y la educación se encuentra que la tendencia en la relación entre ocupación y nivel de estudios es positiva entre las distintas categorías de mujeres. Además, entre las cuidadoras de niños con limitaciones o con dependencias, los niveles educativos por debajo de los estudios universitarios tienen una ocupación cerca del 10% inferior a la de las madres y mujeres en general. Aún más, si los niños cuidados tienen más de 5 años, y las madres tienen un nivel de estudios por debajo de la secundaria, las ocupadas son un 13% frente al 26% de las demás mujeres. En cambio, entre las mujeres que tiene nivel profesional o universitario la proporción de ocupadas no difiere mucho (entre 57% y 61%) (Gráfico 4).

Respecto al paro, y dentro de las mujeres con nivel de estudios primario o inferior, el cuidar de niños con limitaciones o con discapacidades va acompañado de proporciones sensiblemente superiores respecto a quienes no cuidan hijos en tales condiciones (respectivamente 23% y 18% frente a 8%) un porcentaje que baja cuando el nivel de educación sube (13% de las cuidadoras con enseñanza profesional o estudios universitarios están en paro). En cambio, en el conjunto de las mujeres la tasa de paro parece inversamente relacionada con los estudios, y alcanza al 16% de las mujeres con nivel profesional o universitario. En realidad esta apariencia deriva de la distinta composición por

---

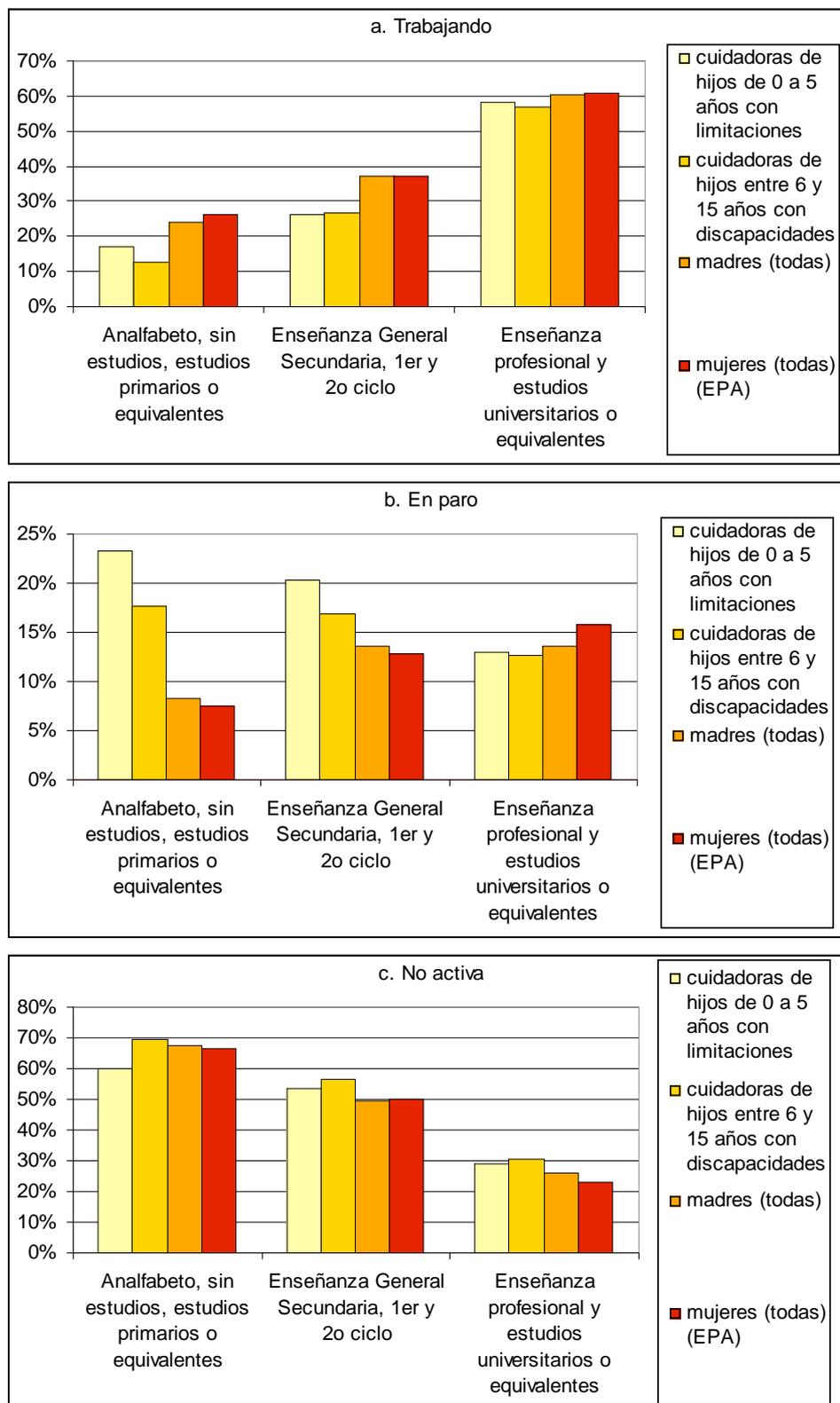
<sup>42</sup> La Encuesta de Población Activa 1999 I-IV. Población 16 y más. INE ([www.ine.es](http://www.ine.es)).

edades de quienes tienen unos niveles y otros, de la reciente generalización de estudios superiores en las generaciones nacidas hace dos décadas, y de las tasas de actividad sensiblemente superiores entre las mujeres que completan estudios de nivel superior.

En efecto, la proporción de inactivas es menor cuanto mayor el nivel de estudios, y esto se cumple incluso entre las cuidadoras, aunque con dos excepciones. Primero, por las cuidadoras de hijos con discapacidades de 6 a 15 años, que son menos activas que las otras categorías de mujeres en cada nivel de educación y, segundo, por la alta tasa de paro entre las madres jóvenes; las que cuidan a hijos pequeños y tiene nivel de educación primaria o menos son más activas que las madres y mujeres en general (respectivamente un 8% y 6% más y también un 10% más activas que aquellas que cuidan a hijos de 6 a 15 años). Para los niveles de educación más altos la tasa de inactividad se aproxima al 25% en el conjunto de las mujeres y al 31% entre las cuidadoras de hijos de 6 a 15 años con discapacidad.

En definitiva, cuidar de un niño hijo de hasta 6 años con limitaciones afecta algo menos la actividad que cuidar a un niño mayor con discapacidades. Aparentemente, cuando el niño pasa de 6 años la divergencia entre unas madres y otras se acentúa, mientras que en edades anteriores los cuidados eran menos "diferenciadores" de la situación de cualquier otra madre. Sin embargo, esta mayor actividad va también acompañada de un paro más alto. Además, cuando se considera el nivel de estudios, en ambos grupos de cuidadoras los cuidados van acompañados de una menor ocupación si los estudios son inferiores a universitarios. Por otro lado, las tasas de paro para las cuidadoras de niños pequeños con nivel de estudios secundario o menores son lo más altas (por encima de 20%), mientras entre las madres y mujeres en general las tasas de paro suben según el nivel de estudios. Por tanto, parece que sólo cuando se ha hecho una gran inversión en estudios los problemas de salud de los hijos no van acompañados de menos actividad y más paro, y ello puede deberse tanto a unos ingresos mayores que permitan el pago de personas y servicios que atenúen la carga de cuidados como al los mayores costes de oportunidad que produce el tener que asumirlos personalmente.

**Gráfico 4. Relación con la actividad, según nivel de estudios, de las mujeres, las madres y las que cuidan hijos con discapacidad. Edad 16-64.**



Fuente: EDDES99; La Encuesta de Población Activa 1999 I-IV. Población 16 y más. INE (www.ine.es)

En la encuesta también se ha preguntado de una manera directa si cuidar a un niño ha tenido consecuencias en el ámbito de trabajo y otras actividades. Según los resultados, casi la mitad de las cuidadoras que cuidan a niños pequeños no han tenido que reducir sustancialmente o suprimir actividades o relaciones para poder dedicarse los cuidados. Pese a ello, un 39% redujo o suprimió sus actividades de ocio y relaciones sociales; 31% su trabajo doméstico, 23% su trabajo remunerado o estudios y apenas el 20% su vida familiar. No había diferencias sustanciales según el nivel de estudios, salvo para las actividades de ocio y relaciones sociales (entre el 30% para las mujeres con nivel primario o menos y el 49% para aquella con nivel profesional o universitario) (véase también Tabla Anexo 4). Entre aquellas que cuidan a hijos de 6 a 15 años el efecto es mayor, y sólo una de cada cuatro no ha tenido que renunciar o reducir tiempo en alguna actividad, es decir, 22% menos que en el caso de las cuidadoras de niños pequeños. El cuidado ha tenido, por tanto, mayor efecto que para aquellas que cuidan a niños pequeños, sobre todo para las actividades de ocio (60% de las cuidadoras de hijos mayor que 5 años han tenido que reducir tiempo para eso, es decir 21% más), y también el trabajo remunerado o los estudios (un 16% más) (véase también la Tabla Anexo 5). Había en este caso más diferencias según el nivel de educación de la cuidadora: Por ejemplo, sólo un 11% de aquellas con niveles altos de educación ha tenido que reducir o suprimir el tiempo que dedica al trabajo doméstico frente a 43% de quienes tienen nivel primario o inferior.

#### **4.1.6. Familiares**

---

El impacto de la limitación infantil en el trabajo de los familiares tiene condicionantes que no dependen únicamente del niño y de las características o severidad de sus limitaciones. También es un factor importante la "disponibilidad" de los demás miembros del hogar, y en ello juega un papel fundamental el tipo de empleo y las condiciones laborales. En particular la duración de las jornadas, así como la flexibilidad de los horarios, son determinantes fundamentales del tipo e intensidad de las ayudas que recibe el niño, y también de la posibilidad misma de compatibilizar estas ayudas con una actividad laboral normal.

El cuadro siguiente muestra algunas de estas pautas que caracterizan diferencias en la vida laboral de los padres que viven en hogares con niños con y sin discapacidad.

La proporción de niños de 0 a 15 años con una limitación o discapacidad que viven con ambos padres es muy similar, independientemente de si padecen o no limitaciones/discapacidades (casi 90%), y lo mismo ocurre con las otras categorías (no hay ninguno que conviva sólo con el padre, un 4% lo hace sólo con la madre, y un 7-8% sin ninguno de los dos (Cuadro 17).

Cuando hay conviven ambos padres en el hogar, el 90% de los niños de 0 a 15 años sin discapacidad tiene un padre que trabaja y ese alto porcentaje casi no cambia cuando el niño tiene una discapacidad. En cambio, la probabilidad que

ocupación de las madres no sólo es mucha más baja en general, sino que aún se reduce ligeramente cuando hay un hijo con discapacidad (respectivamente 38% y 31%). Añadiendo que el paro es mayor entre las mujeres el resultado es que la mitad de las madres con hijos con discapacidad son inactivas, frente a sólo un 3% de los hombres.

Sin embargo, cuando en los hogares falta uno de los dos padres, hay más padres inactivos (11%) y mucho menos mujeres que cuando ambos padres son presentes. En este caso, la ocupación de las madres es considerablemente mayor que cuando viven en pareja, (algo más que 60%) aunque también lo es el paro (20%). Puede observarse, además, que en este caso hay escasa diferencia en la actividad de las madres asociada a la discapacidad del menor de 16 años (había sólo un niño con discapacidad que vivía con su padre pero sin su madre).

**Cuadro 17. Niños de 0-15 años con y sin discapacidad, la presencia de padres en el hogar y la relación que tienen sus padres con el trabajo.**

		Hay padre en el hogar			Total
			Si	No	
Hijo sin discapacidad	Hay madre en el hogar	Si	89%	4%	<b>93%</b>
		No	0%	7%	<b>7%</b>
		<b>Total</b>	<b>90%</b>	<b>10%</b>	<b>100%</b>
Hijo con discapacidad	Hay madre en el hogar	Si	88%	4%	<b>92%</b>
		No	0%	8%	<b>8%</b>
		<b>Total</b>	<b>88%</b>	<b>12%</b>	<b>100%</b>
		Padre trabaja	Padre parado	Padre inactivo	<b>Total</b>
Hijo sin discapacidad	Madre trabaja	34%	2%	1%	<b>38%</b>
	Madre parada	12%	2%	0%	<b>15%</b>
	Madre inactiva	43%	3%	1%	<b>48%</b>
	<b>Total</b>	<b>90%</b>	<b>7%</b>	<b>3%</b>	<b>100%</b>
Hijo con discapacidad	Madre trabaja	29%	2%	1%	<b>31%</b>
	Madre parada	9%	4%	1%	<b>14%</b>
	Madre inactiva	50%	4%	1%	<b>55%</b>
	<b>Total</b>	<b>88%</b>	<b>9%</b>	<b>3%</b>	<b>100%</b>
		Padre/madre trabaja	Padre/madre parado	Padre/madre inactivo	<b>Total</b>
Hijo sin discapacidad	No hay madre	85%	3%	11%	<b>100%</b>
	No hay padre	61%	18%	20%	<b>100%</b>
Hijo con discapacidad	No hay madre	-	-	-	<b>-</b>
	No hay padre	64%	18%	18%	<b>100%</b>

Fuente: EDDES99.

## 4.2 La juventud (16-29 años)

### 4.2.1. Situación respecto a la discapacidad

Tal y como se ha señalado en el capítulo introductorio de este informe, la población que padece algún tipo de discapacidad muestra grandes diferencias dependiendo de la edad. Conforme ésta aumenta, la prevalencia de limitaciones que afectan a funciones o actividades diarias de las personas también se incrementa. El grupo de los jóvenes entre 16 y 29 años, constituye el segundo grupo de población, por detrás de los niños entre 6 y 15 años, con menor porcentaje de discapacidad. Tan solo un 2,1% del total de jóvenes en estas edades, algo más de 180.000 personas, declararon tener algún tipo de problema que limite las actividades de su vida diaria.

Tal y como puede observarse en el Cuadro 18, existen disparidades en cuanto al peso de la discapacidad en hombres y mujeres, que se reiteran en todas las edades. Las cifras, tanto en números absolutos como en porcentajes, de chicos con discapacidad superan con creces las de las chicas. El último grupo de edad quinquenal, además, aumenta ligeramente la proporción de personas con limitaciones, tanto entre la población masculina como en la femenina. Como se podrá comprobar a través de los datos que se irán presentando en adelante, los jóvenes de estas edades, junto con los adultos de 30-44 años, ostentan proporciones más elevadas que el resto de población de discapacidades originadas por accidentes de tráfico.

**Cuadro 18. Población total y con alguna discapacidad de 16 a 29 años, por edad y sexo. España, 1999**

	Población total			Población con discapacidad			% con discapacidad		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
16-19	1.146.944	1.099.398	2.246.341	28.058	16.232	44.290	2,4%	1,5%	2,0%
20-24	1.626.739	1.558.323	3.185.063	36.385	22.663	59.048	2,2%	1,5%	1,9%
25-29	1.685.750	1.623.555	3.309.304	48.578	29.697	78.275	2,9%	1,8%	2,4%
Total	4.459.433	4.281.276	8.740.708	113.021	68.592	181.613	2,5%	1,6%	2,1%

Fuente: EDDES99.

Las discapacidades – Las discapacidades más frecuentes entre los jóvenes están relacionadas con los desplazamientos que se realizan en el exterior de la vivienda y con las actividades que implican la realización de tareas del hogar. Nada más y nada menos que un 58% de los jóvenes afectados en estas edades padecen problemas para realizar actividades del primer grupo, mientras que los que presentan dificultades en las labores del hogar ascienden a un 45%. También son frecuentes aquellos que presentan dificultades para actividades de

comunicación (35%) e incluso para efectuar actividades cognitivas (33%). Las actividades específicas en las que se presentan más problemas son aquellas que implican la conducción de un vehículo (en la mitad de los casos), desplazamientos en transporte público (38% de los jóvenes con discapacidad), realizar compras y controlar las provisiones y los servicios sociales (31%) y entender o ejecutar ordenes complejas (30% de los jóvenes) (Cuadro 19, Tabla Anexo 24 y Tabla Anexo 25).

La deficiencia que provoca las discapacidades – El origen de cada discapacidad se encuentra en una deficiencia, que es definida por la EDDES99 como ‘cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano’. La encuesta ha considerado 33 diferentes posibles deficiencias como posibles orígenes de las discapacidades, agrupadas en 8 grandes grupos de deficiencias. De manera excepcional, también tiene en cuenta que algunas discapacidades pueden no tener su origen claramente delimitado, sobre todo, por aquellas limitaciones generadas a partir de procesos degenerativos. Es por ello, que incluye en el octavo grupo de deficiencias, en el de ‘otras deficiencias’, a las ‘deficiencias múltiples’, aquellas que afectan a varios órganos o funciones y que pueden obedecer a procesos degenerativos ocasionados por la edad.

En el caso de los jóvenes de 16 a 29 años los trastornos mentales y la mala visión son las deficiencias que se encuentran detrás del origen de las discapacidades más frecuentes. Casi dos de cada cinco personas que tienen deficiencias padece trastornos mentales<sup>43</sup> y un 18% mala visión. Después vienen los problemas osteoarticulares (15%), auditivos (14%) y nerviosos (10%). El resto de las deficiencias afectan a menos de 1 de cada 50 jóvenes que presenta alguna discapacidad (Cuadro 20).

---

<sup>43</sup> Se incluyen dentro de esta categoría el retraso mental madurativo (0%), profundo y severo (5%), moderado (14%), leve y límite (8%), algún tipo de demencia (0,4%) y ‘otros trastornos mentales’ (16%) (véase Tabla Anexo 26).

**Cuadro 19. Población de 16-29 años según el tipo de discapacidad, por sexo. España, 1999**

	% sobre el total de la población			% del total de las personas con discapacidad			% del total de las discapacidades		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Discapacidad									
Ver	0,5%	0,4%	0,5%	21,0%	24,6%	22,4%	6,7%	8,5%	7,4%
Oír	0,4%	0,3%	0,4%	17,0%	19,4%	17,9%	5,4%	6,7%	5,9%
Comunicarse	1,0%	0,5%	0,7%	38,7%	28,3%	34,8%	12,4%	9,8%	11,4%
Discapacidades cognitivas	0,9%	0,5%	0,7%	34,6%	31,7%	33,5%	11,1%	10,9%	11,0%
Desplazarse	0,4%	0,3%	0,4%	16,4%	19,9%	17,7%	5,3%	6,9%	5,8%
Utilizar brazos y manos	0,7%	0,3%	0,5%	25,7%	20,4%	23,7%	8,2%	7,1%	7,8%
Desplazarse fuera del hogar	1,5%	0,9%	1,2%	60,7%	53,7%	58,1%	19,4%	18,5%	19,1%
Cuidar de sí mismo	0,5%	0,3%	0,4%	20,3%	17,5%	19,3%	6,5%	6,0%	6,3%
Realizar las tareas del hogar	1,1%	0,7%	0,9%	44,5%	45,2%	44,8%	14,2%	15,6%	14,7%
Relacionarse con otras personas	0,8%	0,5%	0,7%	33,5%	29,0%	31,8%	10,7%	10,0%	10,5%
Total	2,5%	1,6%	2,1%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numero de discapacidades							353.143	198.733	551.876
Población con discapacidad				113.021	68.592	181.613			
Población total	4.459.433	4.281.276	8.740.708						

Fuente: EDDES99.

**Cuadro 20. Población de 16 a 29 años según la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	N	% sobre el total de la población	% total de deficiencias
Mentales	78.686	0,90%	37,4%
Visuales	37.723	0,43%	17,9%
Del oído	30.299	0,35%	14,4%
Del lenguaje, habla y voz	2.751	0,03%	1,3%
Osteoarticulares	31.859	0,36%	15,1%
Del sistema nervioso	22.050	0,25%	10,5%
Viscerales	3.462	0,04%	1,6%
Otras	3.586	0,04%	1,7%
Numero de deficiencias	210.414	2,41%	100,0%

Fuente: EDDES99

El origen de la deficiencia – En estas edades las más habituales (el 35% de los casos) son las causas congénitas, es decir, de tipo genético o deficiencias originadas en el período de gestación. Por su parte, las enfermedades comunes constituyen algo más del 26% de las causas en el origen de dichas deficiencias, y las denominadas como ‘otras causas’ el 12% de los casos. Otro 12% se debió a problemas acaecidos durante el parto (traumatismos, parto prolongado...). El resto de problemas en estas edades es mucho menos frecuentes, como los accidentes de tráfico, que afectan a alrededor del 5% de los jóvenes y sobre todo a la población masculina, o el resto de accidentes (laborales, domésticos, de ocio u de otra clase) que afectan, todos ellos, a alrededor del 10% de los jóvenes (Cuadro 21 y Tabla Anexo 76).

Si se atiende al tipo de deficiencias que estas causas provocan, los problemas congénitos causan sobre todo deficiencias mentales (43% del total), aunque pueden producir deficiencias de cualquier otro tipo. Los problemas en el parto y las enfermedades comunes constituyen una gran parte de las otras causas de deficiencias mentales, y también de deficiencias osteoarticulares. Las enfermedades comunes son especialmente responsables de las deficiencias de oído (casi la mitad) y viscerales (40%). Un resultado interesante es que los accidentes de tráfico son responsables principales de las deficiencias del lenguaje, habla y voz, y también de las deficiencias del sistema nervioso.

**Cuadro 21. Población de 16 a 29 años según la deficiencia y el problema que causó la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	Congénito	Problemas en el parto	Accidente de tráfico	Accidente doméstico	Accidente de ocio	Accidente laboral	Otro accidente	Enferm. común	Enferm. profesional	Otras causas	n.s./n.c.	Total (N)
Mentales	43,4%	19,0%	3,0%	0,5%	0,0%	0,2%	1,2%	18,9%	0,0%	13,2%	0,6%	78.686
Visuales	39,5%	4,5%	1,7%	3,3%	5,5%	1,5%	5,1%	25,7%	0,0%	10,6%	2,6%	37.723
Del oído	23,4%	5,9%	1,1%	1,5%	0,1%	1,1%	6,0%	48,6%	0,0%	12,2%	0,0%	30.299
Del lenguaje, habla, voz	19,1%	16,4%	18,6%	5,1%	0,0%	0,0%	16,9%	12,6%	0,0%	11,3%	0,0%	2.751
Del sistema nervioso	27,3%	3,3%	17,6%	1,8%	4,4%	10,1%	4,6%	23,3%	0,6%	7,1%	0,0%	31.859
Osteoarticulares	20,9%	22,4%	9,5%	0,3%	1,0%	7,4%	3,0%	23,0%	0,0%	12,5%	0,0%	22.050
Viscerales	35,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,3%	39,6%	0,0%	8,0%	0,8%	3.462
Otras	44,6%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	29,7%	0,0%	23,5%	0,0%	3.586
<b>Total (N)</b>	<b>72.807</b>	<b>24.928</b>	<b>11.538</b>	<b>2.910</b>	<b>3.719</b>	<b>5.926</b>	<b>7.868</b>	<b>54.564</b>	<b>197</b>	<b>24.513</b>	<b>1.444</b>	<b>210.414</b>
<b>Total (%)</b>	<b>34,6%</b>	<b>11,8%</b>	<b>5,5%</b>	<b>1,4%</b>	<b>1,8%</b>	<b>2,8%</b>	<b>3,7%</b>	<b>25,9%</b>	<b>0,1%</b>	<b>11,6%</b>	<b>0,7%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: EDDES99

La severidad de las discapacidades.– Los diferentes niveles han sido divididos en cuatro categorías diferentes, en función de la capacidad de llevar a cabo las actividades afectadas. Tal y como se puede observar en el Cuadro 22, el nivel menos grave se correspondería a las actividades que pueden llevarse a cabo sin ninguna dificultad, a pesar de la existencia de alguna discapacidad. En segundo lugar, las actividades que pueden realizarse con dificultad moderada, seguidas de aquellas que se efectúan con dificultad grave y por último, aquellas actividades que no pueden ser llevadas a cabo. La clasificación de cada una de las discapacidades ha sido realizada por los propios sujetos afectados, siendo la percepción subjetiva de los mismos el criterio de tipificación de cada uno de los grados de severidad. Para tener una mejor indicación sobre el efecto de la discapacidad en la población Española (y no de la discapacidad en sí) hemos seleccionado la severidad más alta de las discapacidades que cada persona declaró tener, independiente del número de discapacidades que la persona pueda padecer.

Son pocos los que declaran tener una discapacidad pero realizar las actividades afectadas sin dificultad alguna. Entre los jóvenes con discapacidad la mayoría declara no poder realizar las actividades en las que presentan problemas, en concreto, el 52% de los chicos y el 44% de las chicas. Los hombres que llevan a cabo las actividades con dificultad moderada y grave constituyen el 29% y el 17%, respectivamente, y las mujeres, el 34% y el 20% respectivamente.

**Cuadro 22. Distribución de la población de 16-29 años con discapacidad según su severidad máxima, por sexo. España, 1999.**

	Hombres	Mujeres	Total
Sin dificultad alguna	1,1%	2,0%	1,5%
Con dificultad moderada	29,4%	34,2%	31,3%
Con dificultad grave	17,1%	20,1%	18,2%
No puede realizar la actividad	52,4%	43,7%	49,1%
<b>Total (N)</b>	<b>109.218</b>	<b>67.110</b>	<b>176.328</b>
No sabe / no contesta	3.803	1.482	5.285
<b>Personas con discapacidades</b>	<b>113.021</b>	<b>68.592</b>	<b>181.613</b>

Fuente: EDDES99.

#### 4.2.2. Las ayudas

Tal y como se ha señalado, no todos los que padecen algún tipo de discapacidad reciben y requieren de asistencia como consecuencia de las limitaciones ocasionadas por dichas discapacidades. La población que requiere algún tipo de ayuda es superior a la que realmente declara necesitar de este tipo de servicios, ya que la EDDES99 recoge también información sobre aquellos que han demandado algún tipo de ayuda y no la han recibido. Los que se

encuentran en esta última situación, sin embargo, no son muy numerosos. En el caso de los jóvenes la proporción de aquellos que se han quedado sin percibir las ayudas demandadas no llega al 8% del total de quienes que padecen alguna discapacidad. Teniendo en cuenta a dichas personas, los jóvenes que requerirían algún tipo de ayuda ascenderían a más del 54% de la población con discapacidad o 1,1% de la población general de 16 a 29 años (casi 100 mil personas). La gran mayoría, un 45% de los que padecen alguna discapacidad, reciben ayuda personal, mientras que un 18% se beneficia de ayudas de tipo técnico (aparatos o instrumentos) que ayudan a atenuar las dificultades generadas por las discapacidades. Aunque hay más hombres que mujeres que reciben, han solicitado y requieren ayuda de asistencia personal o técnica, la diferencia entre los hombres y las mujeres con discapacidad en la proporción que recibe ayuda es escasa (pese a que la proporción femenina supera a la masculina en cada categoría) y que la proporción que ha solicitado pero no recibe ayuda es algo más alta para hombres que para mujeres (Cuadro 23).

La relación entre la ayuda y la severidad de la discapacidad es bastante lógica<sup>44</sup>: cuanto mayor es el grado de severidad, más baja es la proporción de aquellos que no reciben ayuda y más alta es la de los que sí la reciben, ya sea únicamente ayuda personal o bien combinada con la ayuda técnica, aunque la intensidad de esta relación es menos intensa que entre los niños de 0 a 15 años. Por ejemplo, mientras casi la mitad de los niños con discapacidad con grado de dificultad moderada recibe ayuda personal, en el caso de los adultos jóvenes la proporción es un solo 13%. Respecto a aquellos que no pueden realizar la actividad la diferencia es menor pero igualmente significativa: 90% frente a 74% pese a que la proporción que no puede realizar la actividad entre las personas con discapacidad es más alta entre los adultos jóvenes (casi la mitad frente a 29% entre los niños de 0 a 15 años). Los que reciben ayuda técnica (añadiendo las dos categorías, sólo ayuda técnica o en combinación con ayuda personal) es más o menos igual según el grado de severidad.

---

<sup>44</sup> Siempre y cuando se descarte del análisis el primer grado de severidad, "sin dificultad alguna", por falta de casos (solo había 13 encuestados con ese grado).

**Cuadro 23. Población de 16-29 años con discapacidad, según el tipo de cuidado que recibe, por sexo. España, 1999**

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	% del total	% con discap.	N	% del total	% con discap.	N	% del total	% con discap.
Recibe alguna ayuda de asist. personal	50.807	1,1%	45,0%	31.219	0,7%	45,5%	82.026	0,9%	45,2%
Recibe alguna ayuda técnica	20.713	0,5%	18,3%	12.647	0,3%	18,4%	33.360	0,4%	18,4%
Recibe algún tipo de ayuda	60.384	1,4%	53,4%	38.323	0,9%	55,9%	98.707	1,1%	54,3%
Recibe solo ayuda técnica	9.577	0,2%	8,5%	7.104	0,2%	10,4%	16.681	0,2%	9,2%
Recibe solo ayuda personal	39.671	0,9%	35,1%	25.676	0,6%	37,4%	65.347	0,7%	36,0%
Recibe ambos tipos de ayuda	11.136	0,2%	9,9%	5.543	0,1%	8,1%	16.679	0,2%	9,2%
Ha solicitado y no recibe AP	6.296	0,1%	5,6%	2.791	0,1%	4,1%	9.087	0,1%	5,0%
Ha solicitado y no recibe AT	5.689	0,1%	5,0%	2.819	0,1%	4,1%	8.508	0,1%	4,7%
Ha solicitado y no recibe AP/AT	9.694	0,2%	8,6%	4.699	0,1%	6,9%	14.393	0,2%	7,9%
Requiere asistencia personal	51.693	1,2%	45,7%	31.683	0,7%	46,2%	83.376	1,0%	45,9%
Requiere ayuda técnica	23.080	0,5%	20,4%	13.648	0,3%	19,9%	36.728	0,4%	20,2%
Requiere algún tipo de ayuda	62.112	1,4%	55,0%	38.787	0,9%	56,5%	100.899	1,2%	55,6%
Personas con discapacidad	113.021	2,5%	100,0%	68.592	1,6%	100,0%	181.613	2,1%	100,0%
Población	4.459.433			4.281.276			8.740.708		

Fuente: EDDES99.

**Cuadro 24: Proporción de población de 16-29 años con discapacidad según el grado de severidad y el tipo de cuidado que recibe. España, 1999**

Grado de severidad	N				%			
	Con discap.	Solo ayuda técnica	Solo ayuda personal	Recibe ambos tipos	Sólo ayuda técnica	Sólo ayuda person	Recibe ambos tipos	No recibe ayuda
Sin dificultad alguna	2.589	2.067	523	-	80%	20%	-	-
Con dificultad moderada	55.133	8.375	5.702	1.685	15%	10%	3%	71%
Con dificultad grave	32.099	3.706	7.339	2.471	12%	23%	8%	58%
No puede realizar la activ.	86.506	2.533	51.783	12.524	3%	60%	14%	23%
<b>Total</b>	<b>176.328</b>	<b>16.681</b>	<b>65.347</b>	<b>16.679</b>	<b>9%</b>	<b>37%</b>	<b>9%</b>	<b>44%</b>
No sabe / no contesta	5.285							
Personas con discap.	181.613							

Fuente: EDDES99.

Si se tiene en cuenta el tipo de actividad afectada por las discapacidades, podrán comprobarse las diferencias existentes entre aquellos que demandan ayudas personales y ayudas técnicas. Por un lado, los adultos jóvenes que declaran tener algún tipo de discapacidad en el grupo de actividades relacionadas con el autocuidado y con la realización de tareas de hogar son los que requieren en mayor medida asistencia personal por parte de una tercera persona. En ambos casos, cerca del 90% reciben asistencia personal relacionada con estas discapacidades. También son numerosos aquellos que necesitan la ayuda de otra persona como consecuencia de problemas para desplazarse en general (51%; la mitad de ellos también reciben ayuda técnica) y específicamente fuera del hogar (40%). Por otro lado algo más que un tercio de los adultos jóvenes con discapacidades cognitivas y con problemas en utilizar brazos y manos recibe ayuda personal (Cuadro 14).

Las cosas cambian cuando la demanda se dirige hacia instrumentos o material técnico. Quienes declaran problemas para desplazarse dentro del hogar son los que se benefician en mayor medida de la ayuda técnica (40%), seguidos por aquellos que tienen problemas de visión (22%), audición (17%) y para desplazarse fuera del hogar (17%). La utilización de instrumentos técnicos entre los que padecen discapacidades para comunicarse, relacionarse, en las actividades cognitivas y para realizar las tareas del hogar es, en cambio, muy escasa.

**Cuadro 25: Grupo de discapacidad por tipo de cuidado que recibe para el grupo de edad 16-29. España, 1999**

Grupo de discapacidad	N	Sólo ayudas técnicas	Sólo asistencia personal	Ayudas técnicas y personal	No recibe ayuda alguna	NS/NC	Total
Ver	40.613	17%	0%	0%	81%	2%	100%
Oír	32.557	22%	0%	0%	74%	4%	100%
Comunicarse	63.126	0%	21%	2%	75%	2%	100%
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	60.833	0%	35%	1%	61%	2%	100%
Desplazarse	32.195	13%	25%	27%	33%	3%	100%
Utilizar brazos y manos	43.041	2%	31%	3%	62%	2%	100%
Desplazarse fuera del hogar	105.511	7%	31%	9%	51%	2%	100%
Cuidar de sí mismo	34.971	2%	78%	13%	5%	3%	100%
Realizar las tareas del hogar	81.285	0%	84%	2%	13%	1%	100%
Relacionarse con otras personas	57.743	0%	26%	0%	69%	5%	100%
Total	551.875	5%	36%	5%	52%	2%	100%

Fuente: EDDES99.

### 4.2.3. Efecto en los hogares

---

La forma de convivencia más común entre los jóvenes de 16 a 29 años es la típica familia nuclear, la formada por un matrimonio o una pareja y sus hijos solteros. Prácticamente 7 de cada 10 jóvenes conviven en un hogar de este tipo. La elevada proporción de estos hogares hace que el resto de formas familiares sea bastante escaso. Los hogares formados por dos núcleos familiares y los extensos engloban alrededor del 14% de los jóvenes. Un 8,5% viven con uno de sus progenitores (hogares monoparentales). El resto de los hogares más simples, abarcan una proporción pequeña de jóvenes: apenas algo más del 1% vive solo, alrededor del 2% vive en hogares sin núcleo y el 5,6% vive con su pareja (Cuadro 26). Las diferencias entre la forma de convivencia de chicos y chicas en estas edades son mínimas: ellos viven más en hogares nucleares con hijos, ellas lo hacen en más ocasiones junto con una pareja, ellos viven más en hogares monoparentales y ellas los hacen en hogares compuestos por dos núcleos conyugales, o polinucleares.

Entre las personas afectadas por algún tipo de discapacidad la proporción de los hogares nucleares con hijos es menor. Tanto si son hombres como si son mujeres, los hogares monoparentales y los extensos aumentan en peso. También las personas que viven solas son menos frecuentes (Cuadro 26 y Tabla Anexo 2).

Si se distinguen las discapacidades que requieren asistencia de una tercera persona el tipo de hogar no influye mucho (la proporción de aquellos que conviven con pareja sin hijos es un poco menor y algo mayor la de los que conviven con hijos cuando no existen ayudas). Cuando se refiere a ayuda técnica sin ayuda personal, los hogares de tipo pareja sin hijos y extensos son sobre-representados y los que viven en pareja con hijos o en hogares polinucleares sub-representados. La estructura del hogar entre las personas que necesitan ambos tipos de ayuda es semejante a la de la población con discapacidad que no recibe ayuda.

Si los jóvenes con discapacidad requieran de ayuda de una tercera persona, la proporción de hombres que convive junto con sus progenitores, ya sea en hogares de parejas con hijos o en hogares monoparentales, crece sustancialmente respecto a aquellos que no tienen ninguna discapacidad. En el caso de ellas, sin embargo, la necesidad de recibir ayuda personal va acompañada de mayor peso de los hogares más complejos, los extensos y los polinucleares, junto con los hogares monoparentales. Aquellas que viven en hogares nucleares con hijos, sin embargo, descienden notablemente respecto a la población sin ninguna discapacidad.

La ayuda técnica requerida por personas en edades jóvenes, implica, en el caso de las chicas un aumento considerable de hogares extensos, monoparentales y aquellos formados junto con su pareja o cónyuge. Los jóvenes varones que se benefician de instrumentos de apoyo, sin embargo, siguen viviendo sobre todo en hogares nucleares con hijos. También son más frecuentes los extensos y aquellos en los que convive la pareja o el matrimonio únicamente. El resto de

formas familiares son menos numerosas en términos relativos respecto a los que no tienen discapacidades.

**Cuadro 26. Población de 16-29 años con y sin discapacidad, según el tipo de ayuda que reciben, por sexo y tipo de hogar. España, 1999**

Hombres						
Tipología del hogar	Sin discap.	Con discap.	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	1,5%	1,2%	0,0%	1,3%	2,4%	0,0%
Sin núcleo	2,1%	3,1%	1,8%	4,2%	0,0%	4,6%
Monoparental	9,0%	12,3%	14,8%	5,8%	7,4%	12,8%
Pareja sin hijos	4,3%	2,3%	0,0%	11,7%	0,0%	2,8%
Pareja con hijos	69,2%	66,5%	69,0%	59,6%	75,6%	65,2%
Extenso	9,8%	10,5%	9,2%	17,5%	9,0%	10,7%
Polinuclear	4,1%	4,1%	5,2%	0,0%	5,6%	3,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	4.346.412	113.021	39.671	9.577	11.136	51.629
Mujeres						
Tipología del hogar	Sin discap.	Con discap.	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	1,0%	0,5%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Sin núcleo	2,1%	1,4%	1,2%	2,3%	5,7%	0,4%
Monoparental	7,9%	12,5%	13,7%	17,6%	12,4%	10,3%
Pareja sin hijos	6,9%	7,5%	3,0%	6,8%	11,8%	10,8%
Pareja con hijos	67,4%	57,7%	61,8%	53,9%	44,5%	57,9%
Extenso	9,6%	11,2%	9,1%	17,1%	16,6%	10,6%
Polinuclear	5,1%	9,2%	10,4%	2,2%	9,1%	10,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	4.212.684	68.592	25.676	7.104	5.543	30.126

Fuente: EDDES99.

Si se tiene en cuenta la edad quinquenal de los jóvenes puede comprobarse que independientemente del sexo y de la situación respecto a la discapacidad y la recepción de cuidados, los jóvenes no viven solos prácticamente hasta los 25-29 años (Tabla Anexo 28). Entre los 16 y los 24 años la gran mayoría de jóvenes, especialmente los chicos, viven junto con sus padres, en un hogar nuclear con hijos, en uno extenso, o monoparental, junto con uno de sus progenitores. Algo parecido sucede con los hogares sin núcleo alguno. Entre los más jóvenes los que declaran vivir en un hogar de este tipo, tanto entre hombres como entre mujeres, es muy escaso. La situación se repite independientemente de si padecen o no alguna discapacidad o incluso si reciben o no ayuda alguna. A medida que aumenta la edad, la proporción de los que conviven en un hogar sin núcleo va aumentando ligeramente, aunque la proporción sigue siendo baja en relación a otras formas familiares.

Los hogares formados por una pareja sola aumentan de forma considerable conforme los jóvenes van sumando años. En las primeras edades, 16-19 años, los que viven junto con su pareja son prácticamente inexistentes. En las edades quinquenales sucesivas, y sobre todo entre los 25-29 años las proporciones de los que conviven junto con su cónyuge o pareja aumentan considerablemente. En el caso de las mujeres, las proporciones de las de 25-29 años se disparan, mientras que entre los hombres son algo más moderadas. Entre los jóvenes que requieren cuidados personales, sin embargo, dicho incremento es más moderado que en el resto de los casos. En el caso de los jóvenes varones que requieren ayuda personal, la EDDES99 no detecta ninguno entre 16-29 años que conviva con su pareja (Tabla Anexo 28).

Considerando los hogares más complejos, los extensos y los polinucleares, no se aprecia que las proporciones dibujen una pauta clara en función de la edad. Su proporción aumenta cuando disminuyen los hogares compuestos por una pareja y sus hijos, aunque no hay una evolución lineal de los diferentes tipos de hogares en relación a la edad.

Existen, por lo tanto, pocas diferencias en cuanto a la forma de convivencia entre los jóvenes de 16-29 años con y sin discapacidad. Se da una ligera diferencia entre aquellos que presentan problemas de limitación (y entre los que requieren algún tipo de ayuda) en lo que se refiere a los hogares nucleares con hijos. La población afectada por alguna discapacidad vive en menor proporción en este tipo de hogares, siendo más frecuentes la convivencia en pareja o conviviendo con los progenitores.

Finalmente, los hogares de los jóvenes con discapacidad no muestran un tamaño medio sensiblemente diferente. En estas edades se sitúa en 4,2 personas por hogar. Los que viven algo más acompañados, aunque muy ligeramente, son aquellos que perciben ayuda de una tercera persona en el caso de los hombres y aquellos que tienen alguna ayuda técnica si son mujeres (en ambos casos 4,4 personas por hogar). Las mujeres que necesitan ambos tipos de ayuda viven como promedio en hogares algo más pequeños (3,8 personas por hogar), aunque las diferencias no son estadísticamente significativas (Cuadro 27).

**Cuadro 27. Tamaño medio del hogar de los sujetos de 16-29 años, según si padecen discapacidad y si reciben alguna ayuda.**

	Hombres			Mujeres		
	N	Media	Desv. típica	N	Media	Des. típica
Padece alguna discapacidad						
No	4.346.412	4,24	1,41	4.212.684	4,14	1,43
Sí	113.021	4,23	1,48	68.592	4,16	1,60
Ayudas recibidas						
Sólo ayuda técnica	9.577	4,27	1,55	7.104	4,45	1,53
Sólo ayuda personal	39.671	4,43	1,43	25.676	4,13	1,41
Ayuda técnica y personal	11.136	4,15	1,17	5.543	3,80	1,46
No recibe ayuda	52.637	4,09	1,54	30.269	4,18	1,78

Fuente: EDDES99.

#### **4.2.4. Cuidados especiales y cuidadores**

---

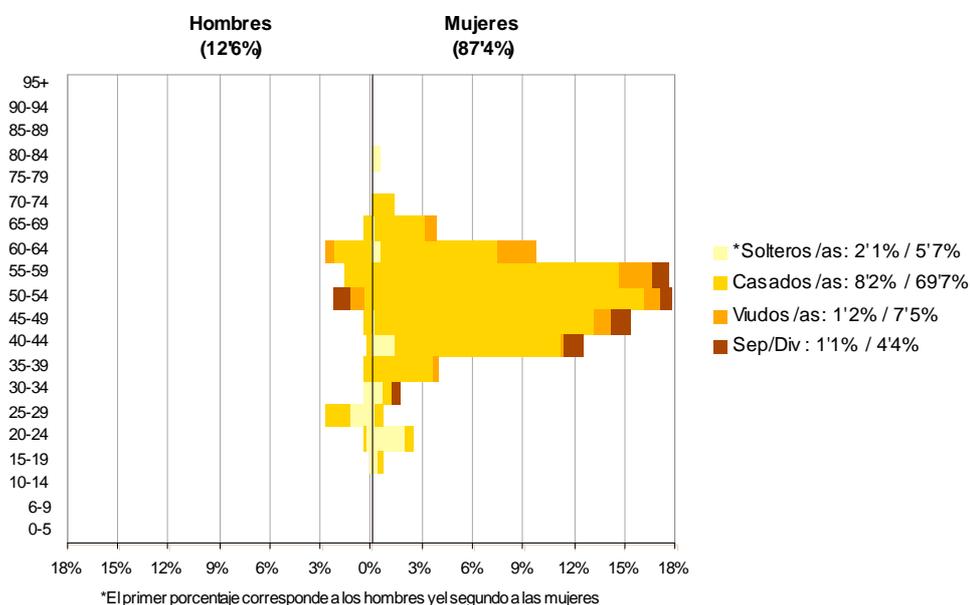
Los jóvenes con algún tipo de discapacidad que requieren ayuda de una tercera persona, reciben cuidados, en la mayoría de los casos, por parte de mujeres en edades adultas-maduras. La superioridad femenina en la asunción del rol de cuidador es abrumadora: más del 87% de los cuidadores de los jóvenes entre 16 y 29 años son mujeres. La gran mayoría, alrededor del 73% del total de cuidadoras, son mujeres que cuentan entre 40 y 64 años, por lo que se deduce que son las madres las que asumen la responsabilidad de prestar la ayuda requerida a sus hijos (Gráfico 5).

La edad media del total de estos cuidadores se sitúa en 50 años. En el caso de los hombres, dicha edad se reduce ligeramente, siendo de 46 años. La mayoría de los cuidadores varones, sin embargo, se concentra en edades algo superiores, entre los 50 y 64 años. En cualquier caso, los datos también inducen a pensar que son los progenitores quienes cuidan de estos jóvenes.

El estado civil de los cuidadores confirma esta hipótesis. Prácticamente el 80% de las mujeres cuidadoras y el 65% de los hombres cuidadores se encuentra casado, y la presencia de solteros, viudos o separados resulta escasa.

Además de la edad y el sexo, el nivel educativo de los cuidadores puede incidir sobre su ocupación laboral. La gran mayoría de los cuidadores de los jóvenes con alguna discapacidad no superaba el nivel de estudios primarios (74%). Les seguían aquellos que alcanzaron niveles secundarios (17%). Los cuidadores con enseñanza profesional o estudios superiores constituyen una parte muy pequeña, ya que sólo un 9% había terminado algún grado superior (datos en Tabla Anexo 30).

**Gráfico 5: Cuidadores Principales de personas de 16-29 años, por edad, sexo y estado civil. España, 1999**



Fuente: EDDES99; Los datos que corresponden al gráfico se encuentra en la Tabla Anexo 1 Tabla Anexo 29.

Existen algunas diferencias entre los hombres y las mujeres cuidadores en el nivel educativo alcanzado. Los hombres cuidadores, mucho menos numerosos, tienen un porcentaje algo más bajo en el nivel primario o inferior, a la vez que una proporción ligeramente superior con estudios secundarios o superiores. Tanto los hombres como las mujeres que se dedican al cuidado tienen estudios secundarios en una proporción significativa si no son muy mayores (en el caso de los adultos entre 16 y 44 años, su peso es respectivamente 38% y 31%), aunque en el caso de las mujeres, las más frecuentes son las que no completaron estudios o sólo el nivel primario son (51%), mientras para los hombres un porcentaje similar obtuvo enseñanza profesional o estudios superiores. A partir de los 45 años, los analfabetos/sin estudios/estudios primarios son más frecuentes entre los cuidadores (83%) con pocas diferencias entre hombres y mujeres. Las disparidades entre el nivel educativo de cuidadores de distintas edades se deben a diferencias generacionales y al contexto en el que obtuvieron la educación dichas personas.

Puesto que más adelante nos interesará especialmente la relación con la actividad de los cuidadores y de los miembros del hogar de la persona que recibe cuidados, cabe señalar que la gran mayoría, algo más del 80%, de los cuidadores de los jóvenes entre 16 y 29 años no se encuentra ocupado. Existen, como puede observarse en el Cuadro 28 diferencias más que evidentes en cuanto a la relación con la actividad de los cuidadores varones y las cuidadoras.

**Cuadro 28. Población total y Cuidadores Principales de personas entre 16 y 29 años, según el sexo, la edad (16+) y la relación con la actividad. España, 1999.**

Relación con la actividad económica	Cuidadores Principales (16+) de personas de 16-29 años											
	Hombres				Mujeres				Total			
	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total
<b>Ocupados</b>	<b>57.7%</b>	<b>33.5%</b>	<b>0.0%</b>	<b>41.4%</b>	<b>30.8%</b>	<b>13.4%</b>	<b>0.0%</b>	<b>16.8%</b>	<b>35.7%</b>	<b>15.5%</b>	<b>0.0%</b>	<b>19.9%</b>
Trabajando	57.7%	30.4%	0.0%	39.6%	30.6%	13.0%	0.0%	16.5%	35.5%	14.9%	0.0%	19.4%
Empleado pero temporalm. ausente	0.0%	3.0%	0.0%	1.8%	0.3%	0.4%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
<b>No ocupados</b>	<b>42.3%</b>	<b>66.5%</b>	<b>100.0%</b>	<b>58.6%</b>	<b>69.2%</b>	<b>86.6%</b>	<b>100.0%</b>	<b>83.2%</b>	<b>64.3%</b>	<b>84.5%</b>	<b>100.0%</b>	<b>80.1%</b>
Parados	37.6%	14.8%	0.0%	22.9%	18.1%	4.5%	0.0%	7.6%	21.6%	5.6%	0.0%	9.5%
Incapacitados/percibiendo pensión	0.0%	34.7%	0.0%	20.0%	3.3%	6.0%	26.3%	6.6%	2.7%	9.1%	24.0%	8.3%
Jubilados	0.0%	17.0%	100.0%	13.9%	0.0%	0.0%	27.8%	1.8%	0.0%	1.8%	34.0%	3.3%
Labores del hogar	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	45.3%	72.9%	42.8%	64.2%	37.1%	65.1%	39.1%	56.1%
Otra situación	4.8%	0.0%	0.0%	1.8%	2.4%	3.2%	3.1%	3.0%	2.8%	2.8%	2.9%	2.8%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
N	2.945	4.443	317	7.705	13.285	37.013	3.382	53.680	16.230	41.457	3.698	61.384
Relación con la actividad económica	Población total (16+)											
	Hombres				Mujeres				Total			
	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total
<b>Ocupados</b>	<b>68.8%</b>	<b>71.6%</b>	<b>2.3%</b>	<b>58.2%</b>	<b>42.9%</b>	<b>28.0%</b>	<b>0.8%</b>	<b>29.7%</b>	<b>56.0%</b>	<b>49.3%</b>	<b>1.5%</b>	<b>43.6%</b>
Trabajando	67.8%	69.6%	2.3%	57.1%	41.8%	27.1%	0.8%	28.9%	55.0%	47.9%	1.4%	42.6%
Empleado pero temporalm. ausente	1.0%	2.0%	0.1%	1.1%	1.1%	0.9%	0.0%	0.8%	1.0%	1.4%	0.0%	0.9%
<b>No ocupados</b>	<b>31.2%</b>	<b>28.4%</b>	<b>97.7%</b>	<b>41.8%</b>	<b>57.1%</b>	<b>72.0%</b>	<b>99.2%</b>	<b>70.3%</b>	<b>44.0%</b>	<b>50.7%</b>	<b>98.5%</b>	<b>56.4%</b>
Parados	10.7%	7.5%	0.1%	8.0%	15.0%	5.2%	0.1%	9.2%	12.8%	6.3%	0.1%	8.6%
Incapacitados/percibiendo pensión	1.9%	9.5%	10.8%	5.4%	1.1%	5.5%	9.3%	4.1%	1.5%	7.4%	9.9%	4.7%
Jubilados	0.0%	10.3%	85.8%	17.4%	0.0%	3.3%	39.7%	9.6%	0.0%	6.7%	59.1%	13.4%
Labores del hogar	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	20.5%	55.3%	34.2%	32.7%	10.2%	28.3%	19.9%	16.9%
Otra situación	18.5%	1.1%	0.9%	10.9%	20.4%	2.7%	15.8%	14.7%	19.4%	1.9%	9.5%	12.8%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
N	8.964.047	4.260.891	2.713.905	15.938.842	8.741.033	4.444.928	3.724.717	16.910.678	17.705.079	8.705.819	6.438.622	32.849.520

Fuente: EDES99; los datos que corresponden a esta tabla se encuentra en Tabla Anexo 31 y Tabla Anexo 78.

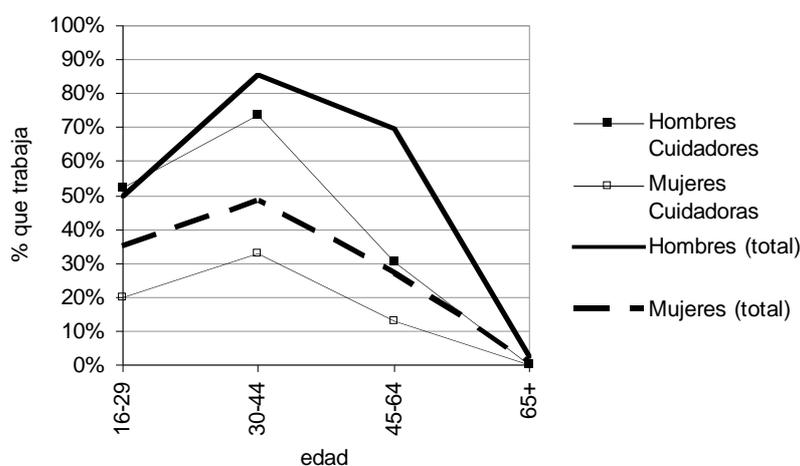
Los hombres cuidadores que se encuentran ocupados constituyen algo menos de la mitad del conjunto, alrededor del 41%. El resto, del 59% que no trabajan, la mayor parte se encuentra en paro, percibe algún tipo de pensión de incapacidad o está jubilado.

El caso de las mujeres cuidadoras es muy diferente: la gran mayoría no trabaja (sólo lo hacen 2 de cada 10 cuidadoras). La gran mayoría de ellas se dedica a las labores de su hogar, casi dos tercios del total de cuidadoras. En menor medida, aquellas que buscan un empleo (8%) o perciben pensiones de incapacidad (7%), son las que se ocupan de prestar los cuidados necesarios a los jóvenes.

Existen también diferencias por edades; la ocupación entre los adultos hasta 45 años es menor que entre 45 y 64 años. Por ejemplo, solo un 13% de las cuidadoras de 45-64 años trabajan pero lo hace el 31% en la franje de edad 16-44. Las cuidadoras en edad laboral que no tienen trabajo remunerado son amas de casa en su gran mayoría. En cambio, entre los hombres, más de la mitad de los que no trabajan (y un tercio de todos los cuidadores) son ellos mismos personas afectadas por discapacidad o perciben pensión de invalidez.

Las proporciones de ocupación entre los cuidadores principales de los jóvenes son inferiores a las del conjunto de la población. Si para el conjunto de la población masculina la proporción total de ocupados es del 58%, entre aquellos que prestan cuidados a los jóvenes con discapacidad los porcentajes se reducen al 41%. Entre las mujeres cuidadoras la situación se repite, aunque sus niveles de ocupación son siempre inferiores a los de los hombres. Para el conjunto de mujeres, la ocupación era según la EDDDES del 30%, mientras que entre las que se dedicaban a prestar cuidados la proporción de mujeres que trabajaban era tan solo del 17%. La tendencia se repite en la proporción de ocupación para cada grupo de edad, y es más acentuada a partir de los 45 años de edad (Cuadro 28 y Gráfico 6).

**Gráfico 6: Proporción de ocupados en la población total y en los Cuidadores Principales de personas entre 16 y 29 años, por edad y sexo. España, 1999.**



Fuente: EDDDES99.

Quienes asumen la ayuda a los jóvenes con discapacidad son, en la mayoría de los casos, miembros del mismo hogar, nada menos que en el 93% de los 66,214 cuidadores identificados (Cuadro 29), aunque la relación convivencial y familiar no ha podido determinarse para un 19% de todos los cuidadores principales.

**Cuadro 29. Cuidadores Principales de las personas de 16-29 años, según la relación convivencial y la relación de parentesco con el sujeto receptor. España, 1999.**

	N			%		
	TOTAL	En el hogar	Fuera del hogar	TOTAL	En el hogar	Fuera del hogar
Cónyuge	2.214	2.214	-	3,3%	3,3%	-
Marido	1.653	1.653	-	2,5%	2,5%	-
Esposa	561	561	-	0,8%	0,8%	-
Hija	-	-	-	-	-	-
Hijo	-	-	-	-	-	-
Madre	49.345	49.067	278	74,5%	74,1%	0,4%
Padre	4.941	4.941	-	7,5%	7,5%	-
Hermana	2.159	2.159	-	3,3%	3,3%	-
Hermano	1.110	1.110	-	1,7%	1,7%	-
Otro pariente	2.981	1.894	1.087	4,5%	2,9%	1,6%
Empleado	115	-	115	0,2%	-	0,2%
Amigos y vecinos	-	-	-	-	-	-
Huésped	-	-	-	-	-	-
Servicios sociales	3.350	-	3.350	5,1%	-	5,1%
Otra relación	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>66.214</b>	<b>61.384</b>	<b>4.830</b>	<b>100,0%</b>	<b>92,7%</b>	<b>7,3%</b>
No se puede determinar/ no consta	15.811			19,3%		
<b>Total CP</b>	<b>82.026</b>					

Fuente: EDDES99.

Los cuidadores, tanto los principales como los que no lo son, que viven fuera del hogar, son en el 48% de los casos empleados o profesionales pertenecientes a los servicios sociales (repartidos más o menos a partes iguales). Estos profesionales suponen un 15% del total de las ayudas personales, pero tan sólo de forma principal en un 5% de los casos. Los familiares que no conviven con el afectado prestan ayuda un 11% de ellos y suponen el 36% de los cuidadores no convivientes, pero sólo son el cuidador principal de los jóvenes en el 2% de los casos (Cuadro 29 y Tabla Anexo 32).

Las madres son las que cuidan más frecuentemente de los jóvenes que padecen alguna discapacidad y así lo requieren. Nada menos que en el 75% de los casos que se ha podido identificar, son ellas las que se encargan de forma principal de prestar los cuidados necesarios a sus hijos, y prácticamente todas conviven con el hijo.

Los padres también son cuidadores de sus hijos, aunque la proporción es significativamente inferior a la de las madres. En cambio, esta es la franja de edad en la que los servicios sociales intervienen relativamente menos, puesto que se encargan de proveer la ayuda necesaria de forma principal a un escaso 5% de los afectados. El resto de posibles cuidadores, tiene un peso poco significativo (Cuadro 29).

En lo que se refiere a la relación con la actividad que mantienen estos cuidadores, y de acuerdo con el elevado número de mujeres que asumen dicho papel, la mayoría de los cuidadores principales se dedican además de prestar los cuidados necesarios a los jóvenes con discapacidad, a realizar las labores del hogar (56%). Las personas que se encuentran económicamente activas constituyen tres de cada 10 cuidadores, aunque solamente dos de cada 10 compagina dicha tarea con un empleo. Alrededor de un 11% del total de cuidadores de jóvenes ya se ha jubilado o percibe alguna pensión de invalidez (Cuadro 30).

Cuando las personas que se ocupan principalmente de prestar los cuidados a los jóvenes son las madres, la mayoría de ellas declara dedicarse a las labores del hogar (68%). Son pocas, por lo tanto, las que se dedican a otra actividad. Solamente el 16% se encarga de forma principal del cuidado de sus hijos y trabaja al mismo tiempo; alrededor del 6% se encuentra en paro y otras tantas mujeres cuidadoras percibe algún tipo de pensión por invalidez.

En el caso de los padres cuidadores, la situación más frecuente (alrededor del 34%) es que compaginen dicha labor con un empleo. Una buena parte de ellos, el 31%, percibe algún tipo de pensión por incapacitación, el 22% que cuida de su hijos se encuentra ya jubilado y algo más del 13% busca empleo.

En el caso de que sean los cónyuges los que se responsabilicen de prestar los cuidados, se compagina dicha labor con la búsqueda de un empleo en el 64% de los casos, se encuentran ocupados el 25% y el resto se dedica a las labores del hogar (Cuadro 30).

La diferente situación de los cuidadores en cuanto a su relación con la actividad se refleja también en el caso de los hermanos que se responsabilizan de prestar ayuda. Casi la mitad se encuentra ocupado, un cuarto parado, mientras uno cada 10 se dedicada a las labores del hogar<sup>45</sup> (Cuadro 30).

---

<sup>45</sup> En relación con las labores del hogar, todas son hermanas, pero por la pequeña muestra de personas entrevistados que cuidan a personas de 16-29 años, no se pueden hacer ningún conclusión en este caso.

**Cuadro 30. Cuidadores Principales de las personas de 16-29 años, en el mismo hogar, según su relación con la actividad. España, 1999.**

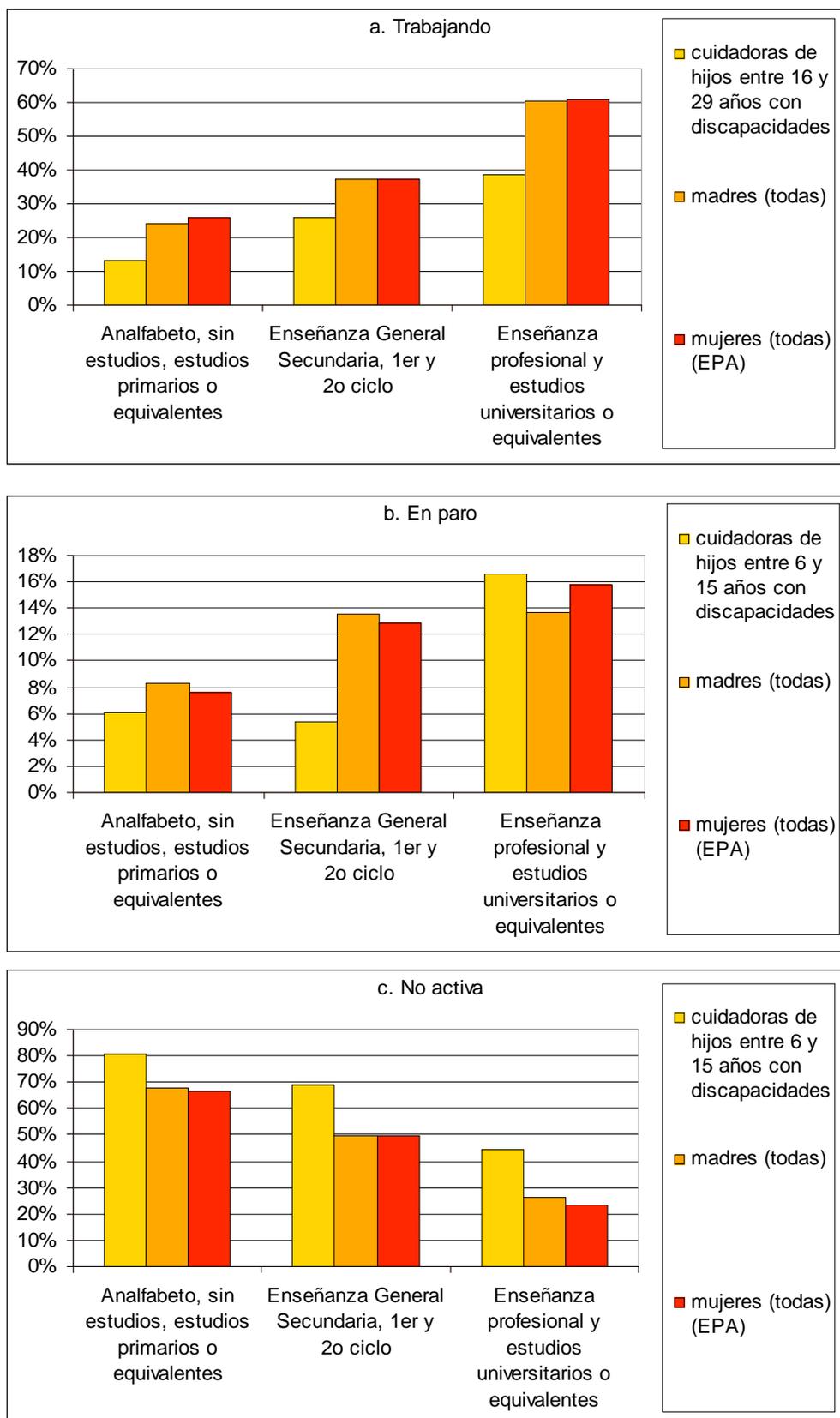
	Ocupados	Parados	Incapacitados o percibiendo alguna pensión	Jubilados	Labores del hogar	Otra situación	Total	N
Cónyuge	24,7%	63,6%	0,0%	0,0%	11,6%	0,0%	100%	2.214
Hijo/a	-	-	-	-	-	-	-	0
Hermano/a	43,3%	25,9%	6,0%	0,0%	11,0%	13,8%	100%	3.269
Madre	16,4%	6,0%	6,2%	1,1%	67,7%	2,6%	100%	49.067
Padre	33,8%	13,3%	31,2%	21,7%	0,0%	0,0%	100%	4.941
Otro pariente	30,3%	0,0%	16,7%	21,3%	31,7%	0,0%	100%	1.894
<b>Total</b>	<b>19,9%</b>	<b>9,5%</b>	<b>8,3%</b>	<b>3,3%</b>	<b>56,1%</b>	<b>2,8%</b>	<b>100%</b>	<b>61.384</b>

Nota: Las proporciones tienen en cuenta solamente los cuidadores principales que viven en el mismo hogar que la persona afectada, ya que para el resto de los cuidadores no se disponen este tipo de datos. Se encuentra los datos en más detalle en la Tabla Anexo 33.

Como son las mujeres, sobre todo las madres, quienes cuidan mayoritariamente a los adultos jóvenes con discapacidad, se ha hecho el cruce entre la actividad y el máximo nivel de educación alcanzado para ver si hay una relación entre ambas variables comparándolas, además, con el conjunto de la población. Los resultados del Gráfico 7 muestran que con un aumento del nivel de educación aumenta también la probabilidad que una madre cuidadora trabaje. Sin embargo, la diferencia entre el nivel más alto (enseñanza profesional y estudios universitarios o equivalentes) y el nivel secundario ya no es tan grande como lo era entre quienes cuidaban a hijos de 6 a 15 años. Como consecuencia, al contrario que entre las madres que cuidaban a hijos de 6 a 15 años, en este caso las madres cuidadoras con el nivel educativo más alto tienen un 20% menos de probabilidad de estar ocupadas que el conjunto de las madres o mujeres.

Otra diferencia se da respecto al paro, porque las madres cuidadoras con nivel de instrucción bajo o medio ya no tienen altas probabilidades de estar en paro, como era el caso entre las cuidadoras de niños de 0 a 15 años, y en el caso de las madres cuidadoras con nivel secundario. Aunque sea por diferentes tendencias en la tasa de empleo y paro, las mujeres cuidadoras en cada uno de los tres niveles de educación tienen tasas de inactividad más altas que las que cuidan a niños de 0 a 15 años y que las demás madres y mujeres. Por ejemplo, para los niveles de educación más altos la tasa de inactividad se aproxima al 45% para las madres cuidadoras de hijos de 16-29 años, frente al 30% que cuidan a hijos menores de 16 años, al 26% de todas las madres y al 23% del conjunto de las mujeres (véase también Tabla Anexo 34).

**Gráfico 7. Proporción de mujeres que cuidan hijos con discapacidad, madres y mujeres en general que trabajan, están en paro o son inactivas, según mayor nivel de estudios terminados. Edad 16-64. España, 1999.**



El trabajo de cuidar a las personas con alguna discapacidad puede requerir en algunos casos un número elevado de horas de dedicación. Esto puede hacer que los cuidadores vean reducido su tiempo disponible para realizar otras actividades, ya sean de ocio, de trabajo, etc.

En el caso de las personas que se dedican a prestar cuidados asistenciales a los jóvenes con discapacidad de 16-29 años, prácticamente 7 de cada 10 cuidadores se ven obligados a reducir alguna de sus actividades como consecuencia de la labor asistencial que realizan. La mitad del total de cuidadores deben de reducir el tiempo dedicado al ocio y las relaciones sociales, un 34% sacrifica parte del trabajo doméstico y tres de cada 10 personas disminuyen el tiempo que generalmente dedicaban a la vida familiar. Aunque los cuidadores que disminuyen tiempo de su trabajo remunerado (o estudios) no son los más frecuentes, suponen alrededor de una cuarta parte de las persona que ven afectada alguna de sus actividades (Cuadro 31).

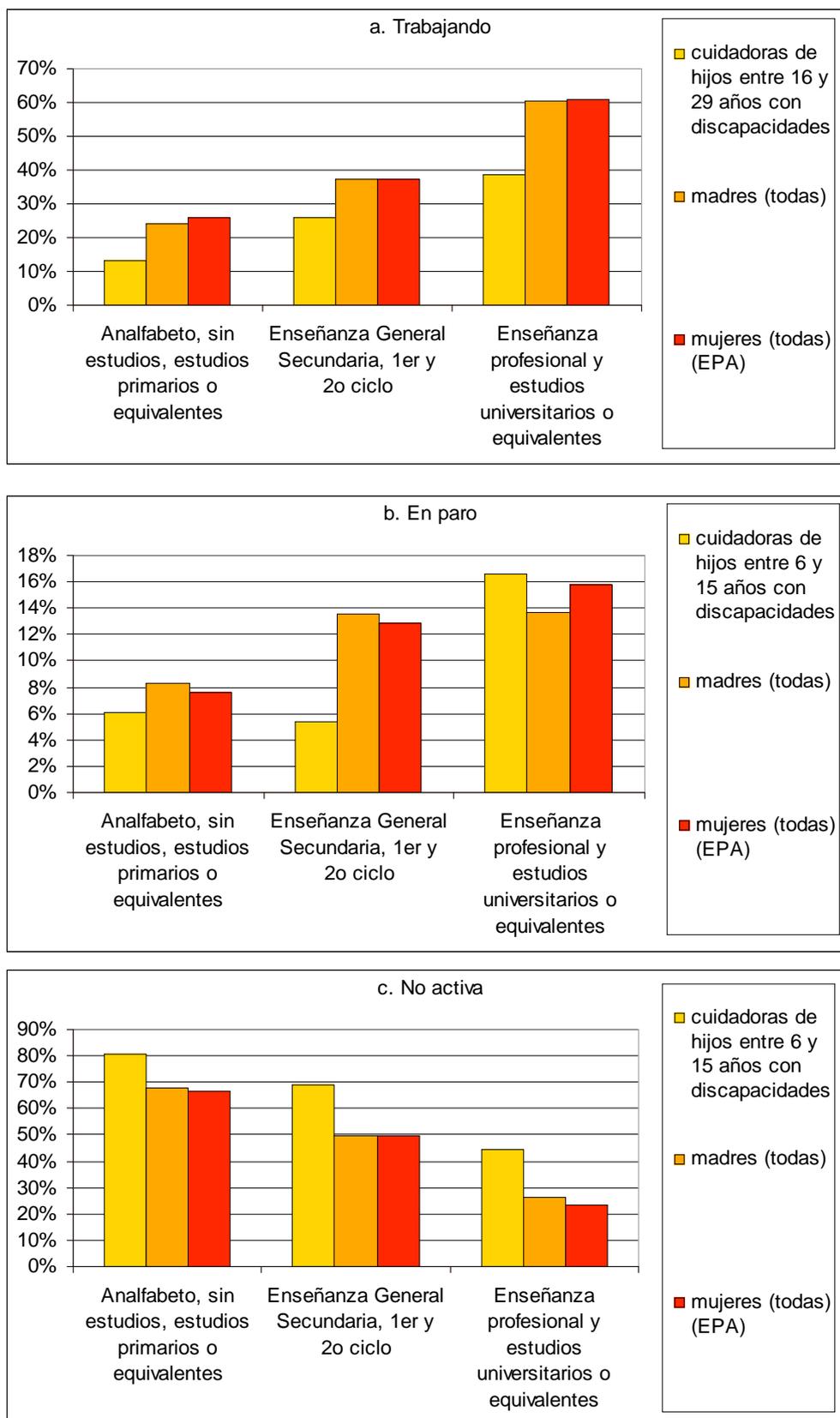
Existen diferencias en las actividades afectadas entre los hombres cuidadores y las mujeres cuidadoras. Tanto ellos como ellas sacrifican en mayor medida las actividades de ocio. Las cuidadoras, sin embargo, reducen en mayor medida parte del tiempo destinado al resto de las actividades: el trabajo remunerado, el trabajo doméstico, la vida familiar... (Cuadro 31).

**Cuadro 31. Cuidadores Principales de las personas de 16-29 años que viven en el mismo hogar que la persona afectada, según su relación de parentesco, el sexo y el tiempo que han tenido que reducir para prestar cuidados. España, 1999.**

		Trabajo remunerado o estudios	Trabajo doméstico	Vida familiar	Actividades de ocio o relaciones sociales	Otras actividades habituales	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad por ser su trabajo	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad especial	N
Cónyuge	Hombres	-	-	-	59,3%	-	-	28,4%	1.653
	Mujeres	25,7%	30,2%	46,0%	25,7%	-	-	28,4%	561
Hermana		40,1%	31,7%	31,7%	41,4%	29,3%	-	38,8%	2.159
Hermano		69,0%	-	-	69,0%	-	-	18,3%	1.110
Madre		24,9%	37,1%	33,6%	52,3%	29,0%	-	30,9%	49.067
Padre		14,7%	32,5%	14,5%	44,0%	17,9%	-	24,8%	4.941
Otro pariente	Mujeres	9,4%	14,0%	14,0%	20,7%	15,6%	-	68,3%	1.894
	Hombres	19,4%	20,9%	9,3%	50,9%	11,5%	-	24,6%	7.705
Total	Mujeres	25,0%	36,0%	33,0%	50,5%	28,3%	-	32,6%	53.680
	Total	24,3%	34,1%	30,0%	50,6%	26,2%	-	31,6%	61.384

Fuente: EDDES99.

**Gráfico 7. Proporción de mujeres que cuidan hijos con discapacidad, madres y mujeres en general que trabajan, están en paro o son inactivas, según mayor nivel de estudios terminados. Edad 16-64. España, 1999.**



El trabajo de cuidar a las personas con alguna discapacidad puede requerir en algunos casos un número elevado de horas de dedicación. Esto puede hacer que los cuidadores vean reducido su tiempo disponible para realizar otras actividades, ya sean de ocio, de trabajo, etc.

En el caso de las personas que se dedican a prestar cuidados asistenciales a los jóvenes con discapacidad de 16-29 años, prácticamente 7 de cada 10 cuidadores se ven obligados a reducir alguna de sus actividades como consecuencia de la labor asistencial que realizan. La mitad del total de cuidadores deben de reducir el tiempo dedicado al ocio y las relaciones sociales, un 34% sacrifica parte del trabajo doméstico y tres de cada 10 personas disminuyen el tiempo que generalmente dedicaban a la vida familiar. Aunque los cuidadores que disminuyen tiempo de su trabajo remunerado (o estudios) no son los más frecuentes, suponen alrededor de una cuarta parte de las persona que ven afectada alguna de sus actividades (Cuadro 31).

Existen diferencias en las actividades afectadas entre los hombres cuidadores y las mujeres cuidadoras. Tanto ellos como ellas sacrifican en mayor medida las actividades de ocio. Las cuidadoras, sin embargo, reducen en mayor medida parte del tiempo destinado al resto de las actividades: el trabajo remunerado, el trabajo doméstico, la vida familiar... (Cuadro 31).

**Cuadro 31. Cuidadores Principales de las personas de 16-29 años que viven en el mismo hogar que la persona afectada, según su relación de parentesco, el sexo y el tiempo que han tenido que reducir para prestar cuidados. España, 1999.**

		Trabajo remunerado o estudios	Trabajo doméstico	Vida familiar	Actividades de ocio o relaciones sociales	Otras actividades habituales	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad por ser su trabajo	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad especial	N
Cónyuge	Hombres	-	-	-	59,3%	-	-	28,4%	1.653
	Mujeres	25,7%	30,2%	46,0%	25,7%	-	-	28,4%	561
Hermana		40,1%	31,7%	31,7%	41,4%	29,3%	-	38,8%	2.159
Hermano		69,0%	-	-	69,0%	-	-	18,3%	1.110
Madre		24,9%	37,1%	33,6%	52,3%	29,0%	-	30,9%	49.067
Padre		14,7%	32,5%	14,5%	44,0%	17,9%	-	24,8%	4.941
Otro pariente	Mujeres	9,4%	14,0%	14,0%	20,7%	15,6%	-	68,3%	1.894
	Hombres	19,4%	20,9%	9,3%	50,9%	11,5%	-	24,6%	7.705
Total	Mujeres	25,0%	36,0%	33,0%	50,5%	28,3%	-	32,6%	53.680
	Total	24,3%	34,1%	30,0%	50,6%	26,2%	-	31,6%	61.384

Fuente: EDDDES99.

## 4.3 Adultos (30-44 años)

### 4.3.1. Situación respecto a la discapacidad

La EDDES99 compiló información sobre la situación de 8.964.371 personas adultas entre 30 y 44 años. De ellos, 337.882, el 3,8%, declararon padecer algún tipo de discapacidad. La prevalencia de la discapacidad van incrementándose según avanza la edad, siendo del 3,3% entre los 30-34 años y llegando al 4,2% entre los de 40-44 años. Al igual que entre la población joven (16-29 años), los casos de discapacidad, tanto en términos relativos como en absolutos, son más frecuentes entre la población masculina (Cuadro 32).

La diferencia de género llega a su máximo entre los de 30-34 años (4,0% de los hombres tienen un discapacidad frente a 2,7% de las mujeres por el mayor impacto de accidentes laborales y de tráfico).

**Cuadro 32. Población total y con alguna discapacidad de 30 a 44 años, por edad y sexo. España, 1999**

	Población total			Población con discapacidad			% con discapacidad		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
30-34	1.631.644	1.591.768	3.223.411	64.514	43.117	107.631	4,0%	2,7%	3,3%
35-39	1.517.629	1.507.379	3.025.007	60.029	55.142	115.171	4,0%	3,7%	3,8%
40-44	1.355.342	1.360.611	2.715.952	61.162	53.918	115.080	4,5%	4,0%	4,2%
Total	4.504.614	4.459.757	8.964.371	185.705	152.177	337.882	4,1%	3,4%	3,8%

Fuente: EDDES99.

Las discapacidades – Al igual que entre los jóvenes, las dificultades que afectan a los adultos también se concentran en la gran mayoría de los casos en los desplazamientos fuera del hogar y en la realización de labores en el ámbito doméstico, que afectan al 55% y 39% de los adultos entre 30 y 44 años, respectivamente. La última discapacidad junto a problemas con la utilización de los brazos y manos afecta más a las mujeres, mientras más hombres están afectados por problemas para comunicar, discapacidades cognitivas y para relacionarse con otras personas (Cuadro 33 y Tabla Anexo 35).

Las actividades concretas en las que más problemas presentan los adultos son, al igual que en el caso de los jóvenes, la conducción de vehículos, que afecta al 46% de los adultos, y emplear los servicios de transporte público, para el cual el 35% presentan alguna dificultad. La proporción de adultos que manifiesta problemas para realizar estas tareas está por debajo que el resto de las personas, incluso de los jóvenes. El resto de las actividades en las que se encuentran

limitados (caminar fuera del hogar o realizar compras y controlar el abastecimiento propio, que constituyen las más frecuentes) afectan a menos de 3 de cada 10 adultos (Tabla Anexo 36).

La deficiencia que provoca las discapacidades – Al igual que en el caso de los jóvenes entre 16 y 29 años, una gran parte los adultos que padecen alguna discapacidad tiene como origen de sus limitaciones algún problema mental (un 24%), pero en estas edades son ligeramente más frecuentes quienes tienen deficiencias osteoarticulares como origen (27%). La mala audición es el tercer tipo de deficiencia más frecuente, afectando a alrededor del 17% de esta población. Les siguen las denominados "visuales" (15%) y del sistema nervioso (9%). El resto de las categorías afecta a menos del 10% de los adultos que declaran tener alguna discapacidad (Cuadro 34). Sin embargo, si se distingue el sexo del afectado, los problemas de la columna vertebral constituyen el tercer factor que origina más problemas o limitaciones en las actividades entre las mujeres (detrás mala visión y mala audición), nada menos que el 15%, mientras que los trastornos mentales son menos frecuentes que entre los hombres (Tabla Anexo 37).

**Cuadro 33. Población de 30-44 años según el tipo de discapacidad, por edad y sexo. España, 1999**

Discapacidad	% sobre el total de la población			% del total de las personas con discapacidad			% del total de las discapacidades		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Ver	0,8%	0,7%	0,8%	18,6%	21,5%	19,9%	7,0%	8,1%	7,5%
Oír	0,8%	0,7%	0,8%	19,8%	20,3%	20,0%	7,4%	7,6%	7,5%
Comunicarse	1,0%	0,6%	0,8%	23,1%	18,1%	20,9%	8,7%	6,8%	7,8%
Discapacidades cognitivas	1,0%	0,6%	0,8%	24,4%	18,2%	21,6%	9,1%	6,8%	8,1%
Desplazarse	1,0%	1,0%	1,0%	24,8%	28,4%	26,4%	9,3%	10,7%	9,9%
Utilizar brazos y manos	1,0%	1,1%	1,0%	24,3%	31,2%	27,5%	9,1%	11,7%	10,3%
Desplazarse fuera del hogar	2,3%	1,9%	2,1%	54,8%	55,1%	55,0%	20,5%	20,7%	20,6%
Cuidar de sí mismo	0,7%	0,5%	0,6%	16,7%	13,7%	15,4%	6,3%	5,2%	5,8%
Realizar las tareas del hogar	1,5%	1,5%	1,5%	35,5%	44,0%	39,4%	13,3%	16,6%	14,8%
Relacionarse con otras	1,0%	0,5%	0,8%	24,8%	15,4%	20,6%	9,3%	5,8%	7,7%
Total	4,1%	3,4%	3,8%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Numero de discapacidades							495.677	404.853	900.531
Población con discapacidad				185.705	152.177	337.882			
Población total	4.504.61	4.459.75	8.964.37						

Fuente: EDDES99.

**Cuadro 34. Población de 30 a 44 años según la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	N	% sobre el total de la población	% total de deficiencias
Mentales	95.601	1,07%	24,3%
Visuales	60.643	0,68%	15,4%
Del oído	66.613	0,74%	16,9%
Del lenguaje, habla y voz	3.400	0,04%	0,9%
Osteoarticulares	106.516	1,19%	27,0%
Del sistema nervioso	36.193	0,40%	9,2%
Viscerales	20.402	0,23%	5,2%
Otras	4.476	0,05%	1,1%
Numero de deficiencias	393.844	4,39%	100,0%

Fuente: EDDES99

El origen de la deficiencia – Entre los adultos, las enfermedades comunes son los factores más frecuentes que generan dichas deficiencias, nada menos que en el 39% de los casos. Les siguen las causas de tipo congénito, que son responsables de algo más del 23% de las deficiencias. Las causas que no se incluyen en las categorías establecidas por la EDDES99, las otras causas, se encuentran en el origen del 12% de los casos, mientras los accidentes de trabajo afectan al 6% de la población con una dependencia, es decir, el doble que entre los adultos jóvenes, y un poco más que los afectados a causa de accidentes de tráfico (donde no hay diferencia con los adultos jóvenes) (Cuadro 35). Hay que destacar, sin embargo, que los problemas señalados son mucho más frecuentes entre las mujeres que entre los varones.

Las enfermedades comunes están el origen de las discapacidades del 44% de las mujeres afectadas y las causas congénitas en el 24%. Aunque también son las causas más importantes para los hombres (respectivamente 34% y 23% de las deficiencias), entre la población masculina adulta comienzan a destacar otro tipo de problemas, sobre todo aquellos relacionados con la actividad laboral y el tráfico. Los accidentes laborales constituyen en estas edades el 9% de las causas de las deficiencias que afectan a los adultos varones y los accidentes de tráfico el 8%. Entre las mujeres, este tipo de problemas, en conjunto, explica sólo el 5% de los casos con discapacidad (Tabla Anexo 38).

En términos de las deficiencias así producidas, las anomalías congénitas son la primera causa de deficiencias mentales y visuales (34% en ambos), aunque estas dos deficiencias también tienen como causa importante enfermedades comunes (respectivamente 33% y 32%). El hecho es que las enfermedades comunes, también para esta franja de edad, son la primera causa de las demás categorías de deficiencias, entre 39% (para deficiencias del sistema nervioso) y 57% (para deficiencias viscerales) del total. Los problemas en el parto, aunque menos importantes que en los adultos jóvenes, siguen siendo la causa del 5% de todas las deficiencias, todavía del 13% de las deficiencias mentales y del 10% de las deficiencias osteoarticulares. Los accidentes de tráfico originan, sobre todo, deficiencias del lenguaje, habla y voz, y deficiencias del sistema nervioso (Cuadro 35 y Tabla Anexo 76).

**Cuadro 35. Población de 30 a 44 años según la deficiencia y el problema que causó la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	Congénito	Problemas en el parto	Accidente de tráfico	Accidente doméstico	Accidente de ocio	Accidente laboral	Otro accidente	Enferm. común	Enferm. profesional	Otras causas	n.s./n.c.	Total (N)
Mentales	33,7%	12,6%	3,8%	0,9%	0,2%	0,4%	2,6%	32,6%	0,0%	13,2%	0,0%	95.601
Visuales	34,3%	1,4%	4,7%	4,0%	4,8%	6,5%	3,3%	31,7%	0,4%	8,4%	0,5%	60.643
Del oído	22,7%	1,6%	1,8%	0,7%	1,0%	2,6%	4,2%	44,7%	6,8%	13,5%	0,4%	66.613
Del lenguaje, habla, voz	0,0%	0,0%	17,2%	3,8%	0,0%	5,9%	3,3%	39,4%	0,0%	30,3%	0,0%	3.400
Del sistema nervioso	13,4%	2,7%	9,4%	2,5%	3,3%	14,0%	2,4%	39,0%	4,0%	9,2%	0,0%	106.516
Osteoarticulares	16,6%	10,0%	8,5%	0,0%	0,3%	4,2%	3,5%	42,3%	0,0%	14,7%	0,0%	36.193
Viscerales	19,6%	2,4%	3,1%	0,0%	0,0%	1,2%	1,9%	56,8%	1,6%	13,3%	0,0%	20.402
Otras	2,7%	3,0%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	44,1%	0,6%	38,5%	0,0%	4.476
<b>Total (N)</b>	<b>92.559</b>	<b>21.038</b>	<b>22.113</b>	<b>6.635</b>	<b>7.351</b>	<b>22.893</b>	<b>12.061</b>	<b>151.925</b>	<b>9.479</b>	<b>47.224</b>	<b>566</b>	<b>393.844</b>
<b>Total (%)</b>	<b>23,5%</b>	<b>5,3%</b>	<b>5,6%</b>	<b>1,7%</b>	<b>1,9%</b>	<b>5,8%</b>	<b>3,1%</b>	<b>38,6%</b>	<b>2,4%</b>	<b>12,0%</b>	<b>0,1%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: EDDES99

La severidad de las discapacidades – El grado de severidad más frecuente entre los adultos con algún tipo de discapacidad es el grave o total, es decir, realizan con dificultad grave las actividades afectadas o incluso no pueden llevarlas a cabo (Cuadro 36) aunque un 8% menos de lo constatado para los adultos jóvenes. En el caso de los hombres, son más numerosos los que declaran su incapacidad para efectuar ciertas tareas (un 44% frente al 36%), mientras que las mujeres que no pueden realizar determinadas actividades no sólo son menos frecuentes que los hombres, sino que son menos numerosas que las que declaran dificultad grave para determinadas tareas. En cualquier caso, los no afectados con ningún tipo de dificultad son muy escasos, el 2,5% de los hombres y el 0,7% de las mujeres.

**Cuadro 36. Distribución de la población de 30-44 años con discapacidad según su severidad máxima, por sexo. España, 1999.**

	Hombres	Mujeres	Total
Sin dificultad alguna	2,5%	0,7%	1,7%
Con dificultad moderada	33,1%	39,7%	36,1%
Con dificultad grave	20,4%	23,4%	21,8%
No puede realizar la actividad	44,0%	36,2%	40,5%
<b>Total (N)</b>	<b>183362</b>	<b>149918</b>	<b>333280</b>
No sabe / no contesta	<b>2343</b>	<b>2259</b>	<b>4602</b>
<b>Personas con discapacidades</b>	<b>185705</b>	<b>152177</b>	<b>337882</b>

Fuente: EDDES99.

#### 4.3.2. Las ayudas

Como consecuencia de los efectos que se originan en estas deficiencias, algunas personas requieren ayuda externa para poder llevar a cabo, o al menos, paliar los efectos que producen las discapacidades sobre ciertas actividades comunes de su vida diaria. En el caso de la población adulta de 30-44 años con discapacidad, alrededor de la mitad de las personas, en torno al 51%, requiere de algún tipo de ayuda, lo que equivale a casi 173.000 personas, el 2% de la población de esta edad. Aquellos que demandan asistencia a una tercera persona constituyen algo menos del 40% de los afectados, mientras que un 21% se hace valer de instrumentos o aparatos técnicos.

Tal y como se ha señalado, algo más de la mitad de la población adulta recibe algún tipo de cuidado. La proporción de mujeres con discapacidad que recibe alguna ayuda es algo superior a la de los hombres, aunque las diferencias entre unos y otros son escasas. Las disparidades se mantienen sin ser relevantes incluso si se tiene en cuenta el tipo de cuidado que reciben unos y otros: los hombres tienden a beneficiarse en mayor proporción de asistencia personal,

mientras que las mujeres reciben comparativamente más ayudas técnicas. Las diferencias de género, en todo caso, son más sensibles en números absolutos: son unas 16 mil hombres más los reciben algún tipo de ayuda (Cuadro 37).

Para ver si el sistema sanitario cubre la necesidad de ayuda la EDDES99 incluyó preguntas sobre la ayuda requerida pero no obtenida. Los resultados muestran que mientras 53% de los adultos entre 30 y 44 años requerían algún tipo de ayuda, un 8% no recibieron alguna de las ayudas que solicitaron como consecuencia de su discapacidad. La no recepción se concentra sobre todo en las demandas de material técnico, y afecta de forma principal a las demandas realizadas por las mujeres (Cuadro 37).

Como era el caso de los adultos jóvenes, la relación entre la ayuda y la severidad de la discapacidad es positiva si excluimos la categoría 'sin dificultad alguna', por falta de casos: la proporción de quienes no reciben ayuda disminuye a medida que la severidad se incrementa. Por ejemplo, en el caso de las personas que no pueden realizar la actividad un 56% recibe ayuda personal sin ayuda técnica, un 3% sólo recibe ayuda técnica, un 15% recibe ambos tipos y un 26% no recibe ayuda. Los valores son muy similares al grupo de edad anterior, aunque hay proporcionalmente más personas de 30 a 44 años con una discapacidad grave que reciben alguna ayuda técnica (un 8% más para ser exactos – compárese el Cuadro 38 con el Cuadro 13).

En lo referente a las actividades afectada, también en el caso de la población adulta de 30-44 años las discapacidades que generan una mayor demanda de ayuda personal son aquellas relacionadas con el cuidado de uno mismo y con la realización de tareas de hogar. Las personas que padecen alguna discapacidad del primer grupo reciben en 90% de los casos asistencia por parte de una tercera persona, mientras que la presencia de limitaciones en las actividades del segundo grupo hace también que algo más del 80% de dichas personas requieran este tipo de ayuda. También son frecuentes (40% de las personas afectadas) las ayudas requeridas como consecuencia de dificultades para desplazarse, y entre quienes tienen problemas para utilizar brazos y manos, o problemas cognitivos (un tercio de quienes reciben ayudas). La proporción para la mayoría de las categorías es algo más baja que entre los adultos jóvenes. Quienes menos requieren ayudas son los que tienen dificultades sensoriales (audición, sobre todo) (Cuadro 39).

**Cuadro 37. Población de 30-44 años con discapacidad, según el tipo de cuidado que recibe, por sexo. España, 1999**

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	% del total de la población	% con discapacidad	N	% del total de la población	% con discapacidad	N	% del total de la población	% con discapacidad
Recibe alguna ayuda de asistencia personal	74.574	1,7%	40,2%	59.987	1,3%	39,4%	134.561	1,5%	39,8%
Recibe alguna ayuda técnica	36.618	0,8%	19,7%	32.002	0,7%	21,0%	68.621	0,8%	20,3%
Recibe algún tipo de ayuda	94.259	2,1%	50,8%	78.608	1,8%	51,7%	172.867	1,9%	51,2%
Recibe solo ayuda técnica	19.685	0,4%	10,6%	18.621	0,4%	12,2%	38.306	0,4%	11,3%
Recibe solo ayuda personal	57.641	1,3%	31,0%	46.606	1,0%	30,6%	104.246	1,2%	30,9%
Recibe ambos tipos de ayuda	16.933	0,4%	9,1%	13.382	0,3%	8,8%	30.315	0,3%	9,0%
Ha solicitado y no recibe AP	6.050	0,1%	3,3%	8.530	0,2%	5,6%	14.580	0,2%	4,3%
Ha solicitado y no recibe AT	7.174	0,2%	3,9%	11.803	0,3%	7,8%	18.977	0,2%	5,6%
Ha solicitado y no recibe AP/AT	11.144	0,2%	6,0%	16.160	0,4%	10,6%	27.304	0,3%	8,1%
Requiere asistencia Personal	76.302	1,7%	41,1%	63.348	1,4%	41,6%	139.650	1,6%	41,3%
Requiere ayuda técnica	37.904	0,8%	20,4%	35.717	0,8%	23,5%	73.620	0,8%	21,8%
Requiere algún tipo de ayuda	96.130	2,1%	51,8%	81.262	1,8%	53,4%	177.392	2,0%	52,5%
Personas con discapacidad	185.705	4,1%	100,0%	152.177	3,4%	100,0%	337.882	3,8%	100,0%
Población	4.504.614			4.459.757			8.964.371		

Fuente: EDDDES99.

**Cuadro 38. Proporción de población de 30-44 años con discapacidad según el grado de severidad y el tipo de cuidado que recibe. España, 1999**

Grado de severidad	N				%			
	Numero con discap.	Solo ayuda técnica	Solo ayuda personal	Recibe ambos tipos	Solo ayuda técnica	Solo ayuda personal	Recibe ambos tipos	No recibe ayuda
Sin dificultad alguna	5.415	3.787	1.628	0	70%	30%	0%	0%
moderada	120.177	17.137	10.908	3.500	14%	9%	3%	74%
grave	72.624	12.758	16.172	6.567	18%	22%	9%	51%
No puede realizar la activ.	134.954	4.624	75.539	20.138	3%	56%	15%	26%
Total	333.170	38.306	104.246	30.205	11%	31%	9%	48%
No sabe / no contesta	4.602							
Personas con discap.	337.882							

Fuente: EDDES99.

Los receptores que más frecuentemente se benefician de la ayuda técnica presentan una tipología distinta a los beneficiarios de la asistencia personal pero semejante a lo que hemos visto para los adultos jóvenes. Aquellos que tienen problemas para realizar desplazamientos (lo que incluye cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo, levantarse, acostarse, permanecer de pie, desplazarse dentro del hogar) son los que más ayudas técnicas reciben. El 36% de las personas que padece alguna dificultad en este tipo de actividades recibe instrumentos o aparatos que ayudan a superar o a paliar los efectos de la falta o dificultad de desplazamiento. En segundo lugar se encuentran quienes tienen problemas de desplazarse fuera del hogar (19% percibía algún tipo de instrumento técnico de apoyo), seguidos por aquellos que tienen problemas de audición (18%) y en las tareas de autocuidado (16%). Es digno de mención que quienes tienen problemas de visión y audición sólo reciben ayudas técnicas, y que 8 de cada 10 no recibe ningún tipo (es una cuestión meramente metodológica: se entiende que en tal tipo de problemas no hay ayuda posible para que el afectado pueda realizar o mejorar la función afectada). En cambio, sólo el 6% de quienes tienen problemas para cuidar de sí mismo no recibe ayuda. Finalmente, hay sólo un 5% que recibe ambos tipos de ayuda para el mismo tipo de discapacidad. En el caso de quienes tienen problemas para desplazarse o cuidar de sí mismos la proporción aumenta a un 18% y 15% respectivamente en hombres y mujeres.

**Cuadro 39. Grupo de discapacidad por tipo de cuidado que recibe para el grupo de edad 30-44. España, 1999**

Grupo de discapacidad	N	Sólo ayudas técnicas	Sólo asistencia personal	Ayudas técnicas y personal	No recibe ayuda alguna	n.s. / n.c.	Total
Ver	67.315	14%	0%	0%	85%	2%	100%
Oír	67.645	18%	0%	0%	81%	1%	100%
Comunicarse	70.461	1%	20%	1%	78%	0%	100%
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	72.906	0%	32%	1%	65%	1%	100%
Desplazarse	89.194	18%	22%	18%	42%	1%	100%
Utilizar brazos y manos	92.768	4%	30%	3%	60%	2%	100%
Desplazarse fuera del hogar	185.783	10%	24%	9%	55%	1%	100%
Cuidar de sí mismo	51.935	2%	76%	15%	6%	1%	100%
Realizar las tareas del hogar	132.981	3%	76%	4%	16%	1%	100%
Relacionarse con otras personas	69.542	0%	22%	0%	74%	3%	100%
<b>Total</b>	<b>900.530</b>	<b>7%</b>	<b>32%</b>	<b>5%</b>	<b>54%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

Fuente: EDDDES99.

### 4.3.3. Impacto en los hogares

---

Al igual que en el caso de los jóvenes, la población adulta también convive en alrededor de 7 de cada 10 casos en hogares nucleares formados por una pareja o matrimonio y sus hijos solteros. Como consecuencia de la primacía de estos hogares, el resto de formas familiares tiene poco peso. Los hogares más complejos (los extensos y polinucleares) son los más frecuentes después de los señalados, abarcando algo más del 11% de la población adulta. Algo menos del 9% vive solo con su pareja, hogares que pueden corresponder tanto a la fase llamada "nido sin usar" (cuando la pareja no tiene todavía, o no ha tenido hijos) como a la fase de "nido vacío" (cuando los hijos ya han abandonado el hogar paterno). Un 6% de los adultos vive en hogares monoparentales, aquellos compuestos por un solo progenitor y su/s hijo/s soltero/s. En el caso de la población de este grupo de edad, los hogares monoparentales pueden deberse a que dichos adultos conviven con alguno de sus hijos solteros o bien, dichas personas adultas permanecen solteras y conviven junto con uno de sus progenitores. De cualquier manera, las personas que viven solas o en hogares sin núcleo son muy pocas. En el primero de los casos se encuentra el 3% de la población estudiada, mientras que componen hogares sin ningún núcleo familiar solamente el 1,7% de la población (Tabla Anexo 38)

Los hombres tienden a vivir más en solitario o en hogares exentos de núcleo (el 5,5% frente al 3,9% de mujeres). También es mayor la proporción de los que viven solo con la pareja, mientras que ellas conforman en más ocasiones los típicos hogares nucleares o los monoparentales (Cuadro 40).

Las formas de convivencia varían ligeramente dependiendo de la existencia o no de discapacidades que afecten al conjunto de población de esta franja de edad. La existencia de problemas que limiten ciertas actividades de los adultos conlleva más hogares en los que conviven hijos solteros con alguno de sus progenitores, es decir, monoparentales. Y es que el porcentaje de los mayoritarios hogares nucleares cae un 10% respecto a la población sin ningún problema de discapacidad. Las formas familiares más complejas, para ambos sexos, son ligeramente más frecuentes entre quienes padecen discapacidades que en el resto de la población (Cuadro 40 y Tabla Anexo 38).

No existen grandes diferencias entre estos patrones y los que siguen los afectados por discapacidades. Al igual que en el conjunto de la población, los hombres que padecen algún problema funcional viven menos frecuentemente que las mujeres en hogares compuestos por la pareja e hijos y en más ocasiones en hogares monoparentales o solo junto con su pareja. En el caso de los hogares monoparentales, la diferencia sí es destacada: el 5% de los hombres sin discapacidad vive en hogares monoparentales, frente al 15% cuando tienen discapacidad, es decir el triple (de 6% a 12% en el caso de las mujeres).

**Cuadro 40. Población de 30-44 años con y sin discapacidad, según el tipo de ayuda que reciben, por sexo y tipo de hogar. España, 1999**

Hombres						
Tipología del hogar	Sin limitación	Con limitación	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	3,6%	3,2%	2,9%	3,8%	0,7%	3,7%
Sin núcleo	1,9%	3,4%	2,7%	2,1%	5,0%	3,8%
Monoparental	5,1%	14,7%	18,2%	11,3%	14,0%	13,3%
Pareja sin hijos	9,5%	7,0%	2,8%	13,9%	9,4%	7,7%
Pareja con hijos	69,4%	57,1%	54,3%	62,4%	56,7%	57,9%
Extenso	7,2%	9,5%	13,3%	3,5%	8,3%	8,7%
Polinuclear	3,3%	5,1%	5,7%	3,0%	6,0%	5,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	4.318.909	185.705	57.641	19.685	16.933	91.446
Mujeres						
Tipología del hogar	Sin discap.	Con discap.	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	2,5%	2,8%	4,7%	1,3%	6,0%	1,4%
Sin núcleo	1,4%	2,1%	1,4%	2,2%	3,6%	2,2%
Monoparental	6,1%	11,8%	17,0%	12,1%	16,0%	7,7%
Pareja sin hijos	7,9%	4,6%	3,3%	5,8%	0,0%	6,0%
Pareja con hijos	71,3%	63,9%	62,6%	56,4%	51,8%	68,8%
Extenso	7,1%	9,0%	7,1%	17,4%	12,2%	7,6%
Polinuclear	3,8%	5,7%	3,8%	4,8%	10,5%	6,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	4.307.580	152.177	46.606	18.621	13.382	73.569

Fuente: EDDES99.

Para hacer referencia a las ayudas, las mujeres que perciben aparatos técnicos de apoyo sin también ayuda personal están especialmente sobre-representadas en los hogares extensos (17% del total frente a 8% del total que no recibe ayuda), mientras que aquellas que conviven junto con su esposo representan una proporción menor que los hombres en su misma situación. Refiriendo a las personas que sólo reciben ayudas personales, ambos hombres y mujeres que viven en pareja sin hijos están sub-representados cuando se comparan con aquellos con discapacidad que no reciben ayuda alguna (respectivamente 3% frente a 8% y 4% frente a 6%). En cambio, es lo contrario entre ellos y ellas que viven en hogares monoparentales (la proporción sube de 13% a 18% entre hombres y de 8 a 17% entre mujeres) y en hogares extensos para hombres (de 9% a 13%). En el caso que reciben ambos tipos de ayuda, la estructura de hogar es parecido a la de la población con discapacidad que no recibe ayuda en el caso de los hombres, mientras hay mucho menos mujeres que viven en pareja con hijos (la proporción baja de 69% a 52%) a coste de los demás tipos de hogares salvo 'parejas sin hijos'.

En ocasiones, dentro del conjunto de población de referencia puede dibujarse una pauta clara en la forma de convivencia marcada por la edad. En el caso de la población adulta, el conjunto de la población no afectada por ninguna

discapacidad presenta una tendencia clara en los diferentes tipos de hogar. Los hogares formados por ambos progenitores e hijos y los extensos (y en el caso de las mujeres, los monoparentales) van aumentando conforme se incrementa la edad de la población adulta, mientras que el resto de las formas de convivencia, los que viven solos, los hogares sin núcleo, los polinucleares... presentan una correlación negativa con relación a la edad (Tabla Anexo 39).

En el caso de la población con alguna discapacidad la pauta no es tan clara. Aumentan con la edad, paradójicamente, por un lado, las personas que viven solas y por otro, los hogares extensos y disminuyen, los hogares compuestos por una pareja sola y los monoparentales. El resto de formas familiares no presenta una pauta clara a medida que avanza la edad. Entre aquellos que padeciendo alguna discapacidad reciben algún tipo de ayuda, ya sea personal o técnica, puede apreciarse que con la edad los hogares extensos y los exentos de núcleo alguno van en incremento a medida que avanza la edad. Los hogares formados por más de un núcleo familiar disminuyen, al igual que en el conjunto de la población. En el resto de los casos, no puede apreciarse una tendencia clara respecto a la evolución de las formas familiares.

De todas formas, apenas existen variaciones entre el número medio de personas que componen los hogares de unos y otros, ya que se sitúan alrededor del 3,6 personas por hogar cuando son hombres y 3,7 personas cuando son mujeres (Cuadro 41), es decir cerca de media persona menos que entre los adultos jóvenes. Sin embargo, igual a los de 16 a 29 años, los que viven algo más acompañados, aunque muy ligeramente, son aquellos que perciben ayuda de una tercera persona en el caso de los hombres (3,7 personas por hogar) y aquellos que tienen alguna ayuda técnica si son mujeres (3,8 personas por hogar). En ambos sexos, los que necesitan ambos tipos de ayuda viven como promedio en hogares más pequeños (respectivamente 3,4 y 3,5 personas por hogar), aunque las diferencias no son estadísticamente diferentes.

**Cuadro 41. Promedio número de personas que componen el hogar de los sujetos de 30-44 años, según si padece o no una discapacidad y si recibe o no alguna ayuda. España, 1999**

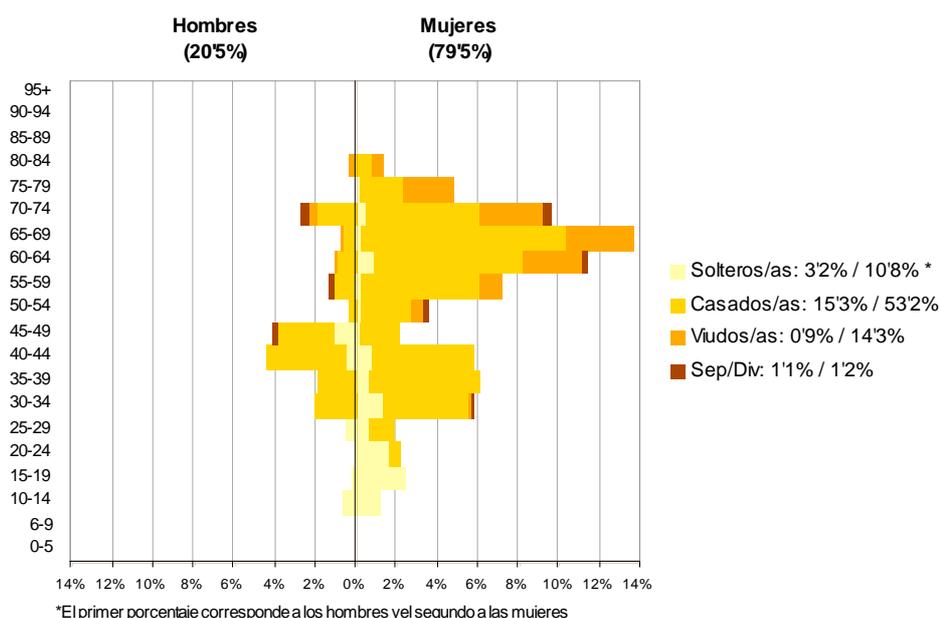
	Hombres			Mujeres		
	N	Media	Des. típica	N	Media	Des. típica
Padece alguna discapacidad						
No	4.318.909	3,60	1,23	4.307.580	3,72	1,21
Sí	185.705	3,56	1,41	152.177	3,71	1,32
Ayudas recibidas						
Sólo ayuda técnica	19.685	3,39	1,17	18.621	3,78	1,34
Sólo ayuda personal	57.641	3,68	1,53	46.606	3,56	1,22
Ayuda técnica y personal	16.933	3,45	1,33	13.382	3,55	1,33
No recibe ayuda	91.446	3,55	1,38	73.569	3,81	1,36

Fuente: EDDES99.

#### 4.3.4. Cuidados especiales y cuidadores

Los adultos que presentan algún tipo de discapacidad y requieren ayuda personal por parte de una tercera persona para poder llevar a cabo las actividades afectadas reciben los cuidados de forma abrumadoramente mayoritaria por parte de la población femenina. Prácticamente 8 de cada 10 cuidadores son mujeres. Existen dos grupos de edad donde se concentra la gran mayoría de los cuidadores. Por un lado, el conjunto de cuidadores también en edades adultas, entre los 30 y 44 años, donde se concentra alrededor del 26% de los cuidadores, tanto hombres como mujeres. Por otro lado, los cuidadores maduros-mayores (55-79 años), que constituyen alrededor del 53% del total de cuidadores, y que en gran parte está formado por cuidadoras femeninas (prácticamente el 90% de los cuidadores en estas edades son mujeres) (Gráfico 8).

**Gráfico 8: Cuidadores Principales de personas de 30-44 años, por edad, sexo y estado civil. España, 1999**



Fuente: EDDDES99; Los datos que corresponden al gráfico se encuentra en Tabla Anexo 40.

La edad media de los que se responsabilizan de proporcionar los cuidados es algo superior al de los cuidadores jóvenes, 53 años. En el caso de los cuidadores varones la edad media es algo menor, 48 años, ya que la gran mayoría de ellos se concentra en edades adultas. En el caso de las cuidadoras la edad media asciende a 54 años.

Los dos grupos de cuidadores señalados, nos llevan a pensar que presumiblemente también existen dos tipos de cuidadores. Por un lado, en el caso de las personas adultas, de edades similares a los que requieren la ayuda, serían los cónyuges los que asumirían el rol de cuidadores. Por otro lado, entre

maduras-mayores, los progenitores y, sobre todo las madres, serían las que se estarían encargando de prestar la ayuda necesaria.

De hecho, en el caso de los cuidadores adultos, cerca del 90% se encuentran casados. Entre los cuidadores en edades maduras-mayores la mayoría también se encuentra casado, alrededor del 67%, aunque también son numerosos aquellos que ya han enviudado (26%).

Ya se ha comentado anteriormente que el nivel educativo alcanzado puede influir sobre la relación con la actividad por parte de los cuidadores. En cuanto a la instrucción alcanzada por los cuidadores principales, resulta superior entre los varones (claramente por motivos generacionales no necesariamente vinculados a la función cuidadora). Aunque en ambos sexos predominan quienes no cuentan con estudios reglados o sólo acabaron los estudios primarios (61% y 74%, respectivamente), las diferencias desaparecen cuando se considera los cuidadores más jóvenes (<45 años). Además, entre esta población de cuidadores la proporción con estudios profesionales, universitarios o equivalentes también es más alta que entre los cuidadores mayores de 45 años (cerca del 20% frente al 7%), sobre todo entre las mujeres jóvenes, muestra nuevamente de los efectos generacionales, que han llevado a las jóvenes españolas a un nivel de estudios superior al masculino por primera vez en la historia del país (Tabla Anexo 41).

Los cuidadores de los adultos entre 30 y 44 años presentan diferencias significativas en cuanto a su relación con la actividad. Sólo una cuarta parte esta ocupada, aunque ello supone un 6% más que la ocupación de quienes cuidan a personas entre 16 y 29 años. Los hombres están más ocupados que las mujeres (un 60% frente a un 17% de mujeres cuidadoras ocupadas), y es que prácticamente la mitad de las mujeres que prestan algún tipo de ayuda declara dedicarse a las tareas domésticas. Entre los cuidadores varones que no se encuentran ocupados, un 14 % buscan un empleo, pero ya está jubilados un 21% (Cuadro 42).

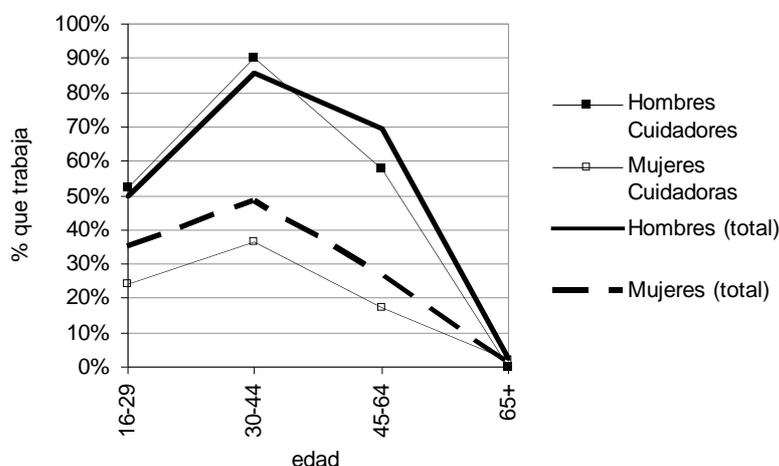
Si comparamos las proporciones de ocupación de los hombres y mujeres cuidadores con la de la población total, puede observarse que hay poca diferencia en los varones, mientras que la proporción de ocupación de las mujeres cuidadoras resulta notablemente inferior a la del conjunto de mujeres (Gráfico 9).

**Cuadro 42. Población total y Cuidadores Principales de personas entre 30 y 44 años, según el sexo, la edad (16+) y la relación con la actividad. España, 1999.**

Relación con la actividad económica	Cuidadores Principales (16+) de personas de 30-44 años											
	Hombres				Mujeres				Total			
	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total
<b>Ocupados</b>	<b>87.1%</b>	<b>57.8%</b>	<b>0.0%</b>	<b>59.7%</b>	<b>34.3%</b>	<b>19.2%</b>	<b>2.1%</b>	<b>17.4%</b>	<b>48.8%</b>	<b>27.7%</b>	<b>1.9%</b>	<b>26.0%</b>
Trabajando	87.1%	57.8%	0.0%	59.7%	33.4%	17.5%	2.1%	16.6%	48.2%	26.4%	1.9%	25.3%
Empleado pero temporalm. ausente	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	1.8%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
<b>No ocupados</b>	<b>12.9%</b>	<b>42.2%</b>	<b>100.0%</b>	<b>40.3%</b>	<b>65.7%</b>	<b>80.8%</b>	<b>97.9%</b>	<b>82.6%</b>	<b>51.2%</b>	<b>72.3%</b>	<b>98.1%</b>	<b>74.0%</b>
Parados	10.9%	24.5%	3.8%	14.2%	24.9%	5.9%	0.0%	9.5%	21.1%	10.0%	0.5%	10.5%
Incapacitados/percibiendo pensión	0.0%	5.8%	9.4%	3.9%	0.0%	7.1%	6.3%	4.6%	0.0%	6.8%	6.7%	4.5%
Jubilados	0.0%	11.9%	86.8%	21.3%	0.0%	9.1%	33.3%	15.5%	0.0%	9.7%	39.6%	16.6%
Labores del hogar	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	34.1%	51.9%	52.1%	46.5%	24.8%	40.5%	46.0%	37.1%
Otra situación	2.0%	0.0%	0.0%	0.9%	6.7%	6.8%	6.1%	6.5%	5.4%	5.3%	5.4%	5.4%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
N	8.758	6.704	3.804	19.266	23.167	23.771	28.493	75.431	31.925	30.475	32.297	94.697
Relación con la actividad económica	Población total (16+)											
	Hombres				Mujeres				Total			
	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total
<b>Ocupados</b>	<b>68.8%</b>	<b>71.6%</b>	<b>2.3%</b>	<b>58.2%</b>	<b>42.9%</b>	<b>28.0%</b>	<b>0.8%</b>	<b>29.7%</b>	<b>56.0%</b>	<b>49.3%</b>	<b>1.5%</b>	<b>43.6%</b>
Trabajando	67.8%	69.6%	2.3%	57.1%	41.8%	27.1%	0.8%	28.9%	55.0%	47.9%	1.4%	42.6%
Empleado pero temporalm. ausente	1.0%	2.0%	0.1%	1.1%	1.1%	0.9%	0.0%	0.8%	1.0%	1.4%	0.0%	0.9%
<b>No ocupados</b>	<b>31.2%</b>	<b>28.4%</b>	<b>97.7%</b>	<b>41.8%</b>	<b>57.1%</b>	<b>72.0%</b>	<b>99.2%</b>	<b>70.3%</b>	<b>44.0%</b>	<b>50.7%</b>	<b>98.5%</b>	<b>56.4%</b>
Parados	10.7%	7.5%	0.1%	8.0%	15.0%	5.2%	0.1%	9.2%	12.8%	6.3%	0.1%	8.6%
Incapacitados/percibiendo pensión	1.9%	9.5%	10.8%	5.4%	1.1%	5.5%	9.3%	4.1%	1.5%	7.4%	9.9%	4.7%
Jubilados	0.0%	10.3%	85.8%	17.4%	0.0%	3.3%	39.7%	9.6%	0.0%	6.7%	59.1%	13.4%
Labores del hogar	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	20.5%	55.3%	34.2%	32.7%	10.2%	28.3%	19.9%	16.9%
Otra situación	18.5%	1.1%	0.9%	10.9%	20.4%	2.7%	15.8%	14.7%	19.4%	1.9%	9.5%	12.8%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
N	8.964.047	4.260.891	2.713.905	15.938.842	8.741.033	4.444.928	3.724.717	16.910.678	17.705.079	8.705.819	6.438.622	32.849.520

Fuente: EDES99; los datos que corresponden a esta tabla se encuentra en Tabla Anexo 42 y Tabla Anexo 78.

**Gráfico 9: Proporción de ocupación de la población total y de los Cuidadores Principales de personas entre 30 y 44 años, según la edad y el sexo. España, 1999**



Fuente: EDDES99

Nota: Por falta de casos se han agrupado las edades en cuatro grupos (16-29, 30-44, 45-64 y 65+). En la muestra sólo había 43 cuidadores y 296 cuidadoras.

Queda confirmada la primacía de la familia como proveedor de cuidados especiales. En el caso de los adultos entre 30 y 44 años, un 69% de los cuidadores son miembros del hogar de la persona que requiere ayuda personal, y la gran mayoría son miembros de la familia.

La ayuda proviene en la mayoría de los casos, no sólo del entorno familiar de las personas afectadas, sino también del mismo entorno convivencial. Con respecto a los cuidadores principales, un 86% viven en el hogar y un 1% de ellos no son miembros de la familia (Cuadro 43). Las personas adultas con discapacidad son cuidadas, sobre todo, por sus madres. Un 47% recibe ayuda personal por parte de sus progenitoras y un 5% de sus padres. El segundo grupo de cuidadores más frecuente en estas edades es el de los cónyuges. Algo más de un cuarto recibe ayuda de su esposa (15%) o marido (10%). El resto de familiares o allegados al sujeto receptor ejercen el rol de cuidadores en un porcentaje muy inferior a los señalados, como las hermanas (sólo un 4%), aunque destacan, también, los denominados en la EDDES99 como 'otros parientes', que ejercen la labor de cuidadores principales en el 4% de los casos sin ser miembros cercanos de los receptores.

Del total de los cuidadores principales, los profesionales, empleados y trabajadores de los servicios sociales, constituyen una pequeña parte: únicamente el 2,8% de los receptores tiene como cuidador principal a un empleado privado, los que se benefician de la asistencia de los servicios sociales constituye el 2,4% del total de adultos que reciben ayuda personal. Incluso juntos forman únicamente una tercera parte de los cuidadores principales que viven fuera del hogar. El resto está formado por los "otros parientes" (3,8% o algo más que un cuarto de los que no viven con el receptor) y la madre (3,3% o algo menos que un cuarto de los no-convivientes).

La proporción de cuidadores principales cuya relación de parentesco con el receptor no ha sido posible determinar es un poco menor que en el subapartado anterior, un 16,5 (Cuadro 43).

**Cuadro 43. Cuidadores Principales de las personas de 30-44 años, según relación convivencial y relación de parentesco con el receptor. España, 1999**

	N			%		
	TOTAL	En el hogar	Fuera del hogar	TOTAL	En el hogar	Fuera del hogar
Cónyuge	28.614	28.614	-	25,5%	25,5%	-
Marido	11.661	11.661	-	10,4%	10,4%	-
Esposa	16.953	16.953	-	15,1%	15,1%	-
Hija	5.299	5.299	-	4,7%	4,7%	-
Hijo	877	877	-	0,8%	0,8%	-
Madre	52.517	48.829	3.688	46,8%	43,5%	3,3%
Padre	5.385	5.168	218	4,8%	4,6%	0,2%
Hermana	4.985	4.985	-	4,4%	4,4%	-
Hermano	2.105	2.105	-	1,9%	1,9%	-
Otro pariente	4.662	396	4.265	4,2%	0,4%	3,8%
Empleado	3.107	217	2.890	2,8%	0,2%	2,6%
Amigos y vecinos	1.639	-	1.639	1,5%	-	1,5%
Huésped	-	-	-	-	-	-
Servicios sociales	2.694	-	2.694	2,4%	-	2,4%
Otra relación	424	424	-	0,4%	0,4%	-
<b>Total</b>	<b>112.308</b>	<b>96.915</b>	<b>15.393</b>	<b>100,0%</b>	<b>86,3%</b>	<b>13,7%</b>
No se puede determinar/ no consta	22.253			16,5%		
<b>Total CP</b>	<b>134.561</b>					

Fuente: EDDES99.

La presencia de los cuidadores profesionales aumenta si se tiene en cuenta aquellos que prestan ayuda, de forma no principal, a los afectados por alguna discapacidad. La presencia de los empleados privados aumenta ligeramente cuando la persona en cuestión recibe ayuda complementaria (hasta un 3,5%). La intervención de los trabajadores de los servicios sociales también se incrementa cuando tenemos en cuenta los cuidados que prestan de forma complementaria. En su caso su presencia se extiende al 8,5% de los afectados. La intervención del sistema formal en la prestación de cuidados a los adultos con discapacidad, sin embargo, sigue siendo muy escasa, en comparación a la proporcionada por el sistema informal o el entorno familiar. Sin embargo, del total de los cuidadores que no reside en el hogar de la persona afectada, la mitad no son miembros de la familia (Tabla Anexo 43).

La mayoría de las personas que se dedican de forma principal a prestar cuidados asistenciales no se encuentra económicamente activa. Es decir, no trabaja ni está buscando empleo de forma activa. Más de una cuarta parte del conjunto de cuidadores, el 26%, compagina la labor del cuidado con una ocupación o trabajo, y alrededor del 10% busca un empleo. El grupo más numeroso de cuidadores compagina esta labor con las tareas domésticas. Nada

más y nada menos que el 37% de los cuidadores son amas de casa. Esta elevada cifra se debe principalmente al gran número de madres que prestan ayuda a sus hijos e hijas, pero también esposas. En el caso de las madres, que son más de la mitad de quienes cuidan a personas entre 30 y 44 años, más del 50% declara dedicarse de forma principal a realizar las labores domésticas. El segundo estado más frecuente entre las madres cuidadoras es el de jubiladas. Resulta destacable que la totalidad de los cuidadores que compaginan esta labor con las tareas del hogar sean mujeres (Cuadro 44).

El segundo grupo de cuidadores más numerosos es el de los ocupados. En el caso de algunos de los miembros varones (maridos y hermanos) que ejercen de cuidadores, las proporciones de ocupación son especialmente elevadas: el 80% de los maridos y el 72% de los hermanos que ejercen de cuidadores tienen un trabajo remunerado. En el otro extremo se encuentran algunas de las mujeres cuidadoras. Las madres, las denominadas 'otros parientes' y las hijas que prestan ayuda asistencial a las personas con discapacidad presentan proporciones bastante escasas de ocupación. En cambio, en el caso de las esposas todavía el 39% trabaja. Muchas de ellas también están en paro (21%). Finalmente, entre los hijos (casi todos son hijas) que no son económicamente activos la mayoría están cursando algún estudio porque tiene menos de 16 años (Cuadro 44 y Tabla Anexo 44).

**Cuadro 44. Cuidadores Principales de las personas de 30-44 años que viven en el mismo hogar que el sujeto receptor, según su relación con la actividad. España, 1999**

	Ocupados	Parados	Incapacitados o percibiendo alguna pensión	Jubilados	Labores del hogar	Otra situación	Total	N
Marido	80,3%	18,0%	1,1%	0,7%	-	-	100%	11.661
Esposa	39,3%	20,8%	-	-	39,3%	0,7%	100%	16.953
Hijo/a	14,1%	18,5%	0,0%	0,0%	5,3%	62,1%	100%	6.176
Hermano/a	44,1%	27,8%	1,2%	-	24,6%	2,4%	100%	7.090
Madre	7,4%	2,1%	7,1%	23,9%	53,2%	6,2%	100%	48.829
Padre	10,6%	2,8%	10,4%	76,2%	-	-	100%	5.168
Otro pariente/ relación	40,0%	0,0%	0,0%	7,9%	36,0%	16,2%	100%	1.038
<b>Total</b>	<b>25,4%</b>	<b>10,2%</b>	<b>4,4%</b>	<b>16,3%</b>	<b>36,2%</b>	<b>7,5%</b>	<b>100%</b>	<b>96.915</b>

Fuente: EDDES99.

Nota: Las proporciones tienen en cuenta solamente los cuidadores principales que viven en el mismo hogar que la persona afectada, ya que para el resto de los cuidadores no se disponen este tipo de datos. Pueden verse los datos con más detalle en Tabla Anexo 44.

Según los resultados de la EDDES99 no son tantos los cuidadores que declaran no reducir tiempo alguno en ninguna de sus actividades como consecuencia de ejercer el rol de cuidador. Dos de cada tres personas declaran haber disminuido tiempo de alguna de sus actividades como consecuencia del cuidado. Las actividades más sacrificadas son las de ocio y las destinadas a las relaciones sociales (en un 27% de los casos).

Existen diferencias notables en cuanto a la intensidad en la que reducen el tiempo de determinadas actividades los hombres y las mujeres. Los hombres

cuidadores reducen en mayor proporción las actividades de ocio, nada menos que en el 33% de los casos. El resto de las actividades se ven afectadas entre los cuidadores varones en menos del 10% de los casos. Entre las mujeres cuidadoras las actividades de ocio y relaciones sociales son también las que se sacrifican en mayor medida, aunque en menor proporción (un 26%). La vida familiar, el trabajo doméstico y otras actividades habituales se ven afectadas como consecuencia del tiempo requerido por los cuidados asistenciales (Cuadro 45).

Las hermanas, los hijos y las hijas son las personas que limitan más actividades en el caso de que sean ellos los que prestan los cuidados necesarios. Las actividades de ocio son, también en su caso, las más afectadas por los requerimientos de la asistencia personal. En el caso de las hermanas el porcentaje de las se han visto obligadas a reducir estas actividades es especialmente elevado. De hecho, cuando las hermanas ejercen de CP, todos los tipos de actividad señalados en la EDDDES99 se ven afectadas en más del 40% de los casos.

El trabajo remunerado o los estudios constituyen las actividades en las que la labor del cuidado incide en menor medida. En el caso de las hermanas, sin embargo, el tiempo destinado al trabajo remunerado (o estudios) se ve afectado de forma considerable por su labor asistencial: el 40% se ven obligadas a disminuir parte del tiempo destinado a su trabajo.

**Cuadro 45. Cuidadores Principales de las personas de 30-44 años que viven en el mismo hogar que la persona afectada, según su relación de parentesco, el sexo y el tiempo que han tenido que reducir para prestar cuidados. España, 1999**

		Trabajo remunerado o estudios	Trabajo doméstico	Vida familiar	Actividades de ocio o relaciones sociales	Otras actividades habituales	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad por ser su trabajo	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad especial	N
Cónyuge	Hombres	9,2%	3,6%	6,2%	30,2%	7,2%	-	45,8%	11.661
	Mujeres	10,6%	21,3%	29,2%	44,2%	19,2%	-	41,4%	16.953
Hija		15,8%	6,2%	9,8%	30,4%	15,6%	-	34,3%	5.299
Hijo		-	-	-	58,2%	-	-	21,6%	877
Hermana		40,4%	44,4%	47,3%	67,1%	42,9%	-	20,2%	4.985
Hermano		5%	-	-	35,6%	4,0%	-	35,1%	2.105
Madre		13%	32,5%	34,5%	50,8%	34,1%	-	34,4%	48.829
Padre		13,1%	14,4%	20,1%	49,3%	22,2%	-	38,3%	5.168
Otro pariente/relación		14,1%	60,0%	43,8%	43,8%	38,2%	21%	0,0%	1.038
Total	Hombres	8,2%	5,5%	8,1%	32,6%	9,4%	-	41,5%	19.891
	Mujeres	7,7%	15,4%	17,1%	25,7%	15,8%	0,3%	34,6%	77.023
	Total	7,8%	14,1%	15,9%	26,6%	15,0%	0,2%	36,0%	96.915

Fuente: EDDDES99.

## 4.4 Maduros (45-64 años)

### 4.4.1. Situación respecto a la discapacidad

En 1999 la EDDES99 recoge información referente a 8.705.819 hombres y mujeres en edades maduras (entre 45 y 64 años). A partir de estas edades, la discapacidad afecta a una proporción de personas que ya comienza a ser considerable, especialmente si se la compara a la de las edades anteriores. Entre las personas en edades maduras la discapacidad está presente en el 9,4% de la población. Entre la población femenina, prácticamente 1 de cada 10 mujeres presenta algún tipo de limitación en alguna de sus actividades (Cuadro 46).

**Cuadro 46. Población total y con alguna discapacidad de 45 a 64 años, por edad y sexo. España, 1999**

	Población total			Población con discapacidad			% con discapacidad		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
45-49	1.212.631	1.222.991	2.435.621	66.311	68.764	135.075	5,5%	5,6%	5,5%
50-54	1.147.575	1.178.809	2.326.383	74.872	95.962	170.834	6,5%	8,1%	7,3%
55-59	968.792	1.014.074	1.982.866	96.639	114.323	210.962	10,0%	11,3%	10,6%
60-64	931.894	1.029.055	1.960.949	141.830	159.512	301.342	15,2%	15,5%	15,4%
Total	4260891	4444928	8705819	379652	438561	818213	8,9%	9,9%	9,4%

Fuente: EDDES99.

Al igual que en las edades previas, en la madurez también el peso de las situaciones en las que se manifiestan discapacidades está directamente relacionado con la edad. Las diferencias entre los maduros de 45-49 años y los que se encuentran a las puertas de la jubilación (60-64 años) son notables: entre los primeros apenas un 5,5% declara padecer alguna discapacidad, mientras que para los 60-64 años la cifra asciende y afecta al 15,4% del total.

En las edades maduras, sin embargo, las diferencias entre la población masculina y femenina cambia de tendencia. A partir de los 45 años, comienzan a ser más frecuentes los casos de mujeres con discapacidad, tanto en términos relativos como en absolutos. Esta tendencia se mantiene en todos los grupos quinquenales de edad que comprende la franja estudiada.

Las discapacidades – Los desplazamientos exteriores al hogar también constituyen en esta franja de edad el grupo de actividades que más dificultades implica para la población, afectando al 51% del total de quienes padecen discapacidades y al 5% de la población general (Cuadro 47). Destacan, concretamente, aquellos que se encuentran limitados para conducir su vehículo (38%) y para viajar en transporte público (33%) (Tabla Anexo 46).

El segundo grupo de discapacidades en las que la población madura encuentra limitaciones son aquellas actividades que implican la utilización de brazos y manos, que afecta al 36% de la población con discapacidad. El traslado de objetos que no son muy pesados se convierte en la actividad que implica mayor dificultad entre éstos que presentan este tipo de limitaciones, alrededor del 30% de la población con discapacidad.

En tercer lugar, y con unos porcentajes destacables, se encuentran el grupo de movimientos y desplazamientos que se realizan dentro del hogar, que incluyen también aquellas acciones en las que interviene el cuerpo (levantarse, permanecer de pie, cambios en las posturas del cuerpo). La acción de levantarse y acostarse constituye la actividad que destaca en este grupo de discapacidades, que afecta al 29% de personas entre 45-64 años.

**Cuadro 47. Población de 45-64 años según el tipo de discapacidad, por sexo. España, 1999**

Discapacidad	% sobre el total de la población			% del total de las personas con discapacidad			% del total de las discapacidades		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Ver	2,1%	2,1%	2,1%	23,1%	21,8%	22,4%	10,0%	8,6%	9,2%
Oír	2,1%	2,1%	2,1%	23,8%	21,1%	22,3%	10,3%	8,4%	9,2%
Comunicarse	1,0%	0,8%	0,9%	11,7%	8,1%	9,8%	5,1%	3,2%	4,0%
Discapacidades cognitivas	0,8%	0,9%	0,9%	9,4%	9,6%	9,5%	4,1%	3,8%	3,9%
Desplazarse	2,8%	3,6%	3,2%	31,6%	36,6%	34,3%	13,7%	14,5%	14,2%
Utilizar brazos y manos	3,0%	3,8%	3,4%	33,6%	38,3%	36,1%	14,6%	15,2%	14,9%
Desplazarse fuera del hogar	4,5%	5,0%	4,8%	51,0%	51,0%	51,0%	22,1%	20,2%	21,0%
Cuidar de sí mismo	1,2%	1,3%	1,2%	13,5%	12,8%	13,1%	5,9%	5,1%	5,4%
Realizar las tareas del hogar	2,1%	4,3%	3,2%	23,2%	43,2%	33,9%	10,0%	17,1%	14,0%
Relacionarse con otras personas	0,9%	1,0%	0,9%	9,8%	9,9%	9,9%	4,2%	3,9%	4,1%
<b>Total</b>	<b>8,9%</b>	<b>9,9%</b>	<b>9,4%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
Numero de discapacidades							876.296	1.106.671	1.982.966
Población con discapacidad				379.652	438.561	818.213			
Población total	4.260.891	4.444.928	8.705.819						

Fuente: EDDES99.

La deficiencia que provoca las discapacidades – En las edades maduras las deficiencias que originan las discapacidades comienzan a distinguirse de las edades anteriores. Las más frecuentes son deficiencias osteoarticulares, que afectan al 40% de las personas en estas edades con una deficiencia. La mala visión y la mala audición siguen siendo muy comunes (17% y 15% de las deficiencias, respectivamente) pero ya no las deficiencias mentales (8% frente a 24% en la edad 30-44). En cambio, las deficiencias viscerales sube en importancia relativa,, del 5% al 9%.

Considerando las categorías específicas de las deficiencias, las osteoarticulares relacionadas con la columna vertebral afectan al 22% de las personas en estas edades con una discapacidad, seguidas por problemas osteoarticulares que afectan a las extremidades inferiores (16%) y a las superiores (14%). Las mujeres sufren más los problemas relacionados con la columna vertebral (nada menos que una cuarta parte de ellas), mientras que los hombres se resienten con más frecuencia de los problemas asociados a la visión y audición (Tabla Anexo 47).

**Cuadro 48. Población de 45 a 64 años según la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	N	% sobre el total de la población	% total de deficiencias
Mentales	84.409	0,97%	8,1%
Visuales	154.822	1,78%	14,8%
Del oído	173.112	1,99%	16,6%
Del lenguaje, habla y voz	9.910	0,11%	0,9%
Osteoarticulares	419.694	4,82%	40,1%
Del sistema nervioso	72.008	0,83%	6,9%
Viscerales	95.124	1,09%	9,1%
Otras	36.912	0,42%	3,5%
Numero de deficiencias	1.045.990	12,01%	100,0%

Fuente: EDDES99

El origen de la deficiencia – En comparación con la población de edades precedentes, jóvenes y adultos, los problemas que originan o han originado las deficiencias entre los que ya han alcanzado estas edades comienzan a concentrarse en unas pocas causas. Es el caso de las enfermedades comunes, responsables de más del 60% de las deficiencias que afectan a la población madura (Cuadro 49). Para las mujeres, además, constituyen el 68% de las causas de sus problemas. Las clasificadas como "otras causas" originan alrededor del 13% de las deficiencias, mientras que las causas congénitas, tan frecuentes en las edades precedentes, constituyen el 7% de los problemas causantes. Entre la población masculina también son relevantes los problemas cuyo origen son los accidentes laborales (casi 13%) y las enfermedades profesionales (8% de las deficiencias), factores muy escasos entre las mujeres entre 45 y 64 años. En cambio, y respecto a edades anteriores, los accidentes de tráfico pierden importancia entre los hombres (ahora solo 3,5%) y para ambos sexos las deficiencias originadas en problemas durante el propio parto ya no juegan ningún papel relevante (un solo 1% del total) (Tabla Anexo 48), lo que señala de forma dramática los límites de la supervivencia de quienes arrastran tales

problemas durante su vida anterior y, sobre todo, la escasa supervivencia que tuvieron en las edades anteriores los afectados pertenecientes a estas generaciones (nacidas antes de mediados de los años cincuenta).

Respecto a las deficiencias provocadas por estos problemas, las enfermedades comunes son la primera causa de las deficiencias mentales y visuales (respectivamente 49% y 56%), aunque éstas también tengan como causas importantes "otras enfermedades" y anomalías congénitas. Pese a todo, y al contrario que en las edades anteriores, las anomalías congénitas juegan un papel secundario con respecto a estos dos grupos de deficiencias. Aquí también las enfermedades comunes son la primera causa de las demás categorías de deficiencias, formando entre el 49% (para deficiencias nerviosas) y el 81% (para deficiencias viscerales) del total, es decir, aún más que en el grupo de edad anterior. Otros resultados que sobresalen son el 11% de las deficiencias del oído causadas por problemas congénitos y por enfermedades profesionales, el 10% de las deficiencias del sistema nervioso causadas por accidentes laborales y el 8% de las deficiencias del lenguaje, habla y voz, y deficiencias del sistema nervioso, causadas por accidentes de tráfico (Cuadro 49).

**La severidad de las discapacidades.**— Las personas maduras son las que presentan un menor grado de severidad en sus discapacidades. Los que declaran no tener dificultades para realizar las actividades afectadas, siguen siendo, al igual que en las edades jóvenes y adultas, muy escasas, un 1,4% entre los hombres y un 1,0% entre las mujeres. Los que declaran no poder realizar las actividades afectadas, sin embargo, son menos numerosos que en las edades precedentes. El 33% de los hombres y el 32% de las mujeres maduras declara no poder realizar ciertas actividades como consecuencia de alguna discapacidad. La proporción de los hombres con máxima dificultad además es superior a la de las mujeres en todas las edades. Lo más frecuente entre ellos es que realicen las tareas con dificultad grave mientras que la gravedad moderada es la que predomina entre ellas (Cuadro 50).

**Cuadro 49. Población de 45 a 64 años según la deficiencia y el problema que causó la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	Causa											Total (N)
	Congénito	Problemas en parto	Accidente tráfico	Accid. doméstico	Accid. de ocio	Accid. laboral	Otro tipo accidente	Enferme. común	Enferme. profesional	Otras causas	No respuesta	
Mentales	18,4%	5,4%	3,0%	0,0%	0,2%	1,6%	0,4%	49,3%	1,4%	20,4%	0,0%	84409
Visuales	13,2%	1,1%	1,7%	2,1%	2,6%	7,8%	1,2%	56,3%	1,9%	12,2%	0,1%	154822
Del oído	10,7%	0,8%	0,7%	0,5%	1,1%	3,3%	2,3%	54,7%	11,0%	14,6%	0,2%	173112
Del lenguaje, habla, voz	1,3%	0,0%	8,1%	0,0%	3,5%	0,0%	3,2%	63,8%	2,7%	17,4%	0,0%	9910
Del sistema nervioso	2,4%	0,4%	3,4%	3,1%	1,8%	10,0%	2,5%	61,7%	6,3%	8,5%	0,0%	419694
Osteoarticulares	7,8%	0,7%	7,3%	0,7%	0,9%	3,0%	2,2%	63,2%	1,5%	12,7%	0,1%	72008
Viscerales	4,2%	0,8%	0,9%	0,2%	0,0%	1,5%	0,7%	80,7%	2,5%	8,3%	0,3%	95124
Otras	4,0%	1,5%	1,6%	2,0%	0,0%	1,6%	0,0%	52,6%	1,4%	35,4%	0,0%	36912
<b>Total (N)</b>	<b>75883</b>	<b>11007</b>	<b>28055</b>	<b>18290</b>	<b>14443</b>	<b>65378</b>	<b>19034</b>	<b>630535</b>	<b>53687</b>	<b>128929</b>	<b>750</b>	<b>1045990</b>
<b>Total (%)</b>	<b>7,3%</b>	<b>1,1%</b>	<b>2,7%</b>	<b>1,7%</b>	<b>1,4%</b>	<b>6,3%</b>	<b>1,8%</b>	<b>60,3%</b>	<b>5,1%</b>	<b>12,3%</b>	<b>0,1%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: EDDDES99

**Cuadro 50. Distribución de la población de 45-64 años con discapacidad según su severidad máxima, por sexo. España, 1999.**

	Hombres	Mujeres	Total
Sin dificultad alguna	1,0%	1,4%	1,2%
Con dificultad moderada	37,6%	37,7%	37,7%
Con dificultad grave	28,5%	28,6%	28,5%
No puede realizar la actividad	32,9%	32,3%	32,6%
<b>Total (N)</b>	<b>369131</b>	<b>431082</b>	<b>800213</b>
No sabe / no contesta	10521	7479	18000
Personas con discapacidades	379652	438561	818213

Fuente: EDDES99.

#### 4.4.2. Las ayudas

No todos los que presentan dificultades o limitaciones para realizar ciertas actividades requieren ayuda personal o técnica. De hecho, más de la mitad de las personas en edades maduras que declaran padecer algún tipo de discapacidad se pueden valer por sí mismas sin necesidad de ningún tipo de asistencia. Por otra parte, un 49% de dicha población sí requiere algún tipo de ayuda. La mayoría que recibe ayuda, recibe cuidados personales, concretamente el 37%, siendo pocos, el 20%, los que declaran beneficiarse de algún tipo de ayuda técnica, instrumentos o aparatos diversos que contribuyen a paliar los efectos de dicha discapacidad y el 9% recibe ambos (Cuadro 51).

Algo más de la mitad de las mujeres maduras con alguna discapacidad declararon en la EDDES99 ser beneficiarias de algún tipo de ayuda para compensar los efectos de dichas discapacidades. La proporción de los hombres de la misma edad se situaba casi 10 puntos porcentuales por debajo. Tal y como se puede apreciar en el Cuadro 51 estas diferencias en la ayuda recibida por la población masculina y femenina se debe a la ayuda personal de la que se benefician unos y otros. Mientras que el 43% de las mujeres con discapacidad recibe cuidados por parte de otra persona, tan solo un 29% de los hombres en la misma situación lo hace. Ellos, sin embargo, se benefician en mayor medida de las ayudas de tipo técnico, alrededor del 22% frente al 18% de las mujeres.

En estas edades la proporción de quienes tienen alguna discapacidad y requieren por ello algún tipo de ayudas es inferior (48,6%) que en intervalo inmediatamente anterior, de 30-44 años (52,5%). Esto puede indicar una menor gravedad, pero también podría ser signo de una menor "cultura" de la reclamación de ayudas por parte de estas generaciones. Esta última posibilidad, sin embargo, parece desmentida porque también es inferior en ellas la proporción de quienes han solicitado tales ayudas sin recibirlas.

**Cuadro 51. Población de 45-64 años con discapacidad, según el tipo de cuidado que recibe, por sexo. España, 1999**

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	% de la Pob. tota	% con discapa.	N	% de la Pob. total	% con disca d	N	% de la Pob. tota	% con disca ad
Recibe alguna ayuda de asistencia personal	111.525	2,6%	29,4%	188.630	4,2%	43,0%	300.155	3,4%	36,7%
Recibe alguna ayuda técnica	84.105	2,0%	22,2%	79.587	1,8%	18,1%	163.692	1,9%	20,0%
Recibe algún tipo de ayuda	161.709	3,8%	42,6%	226.090	5,1%	51,6%	387.799	4,5%	47,4%
Recibe solo ayuda técnica	50.185	1,2%	13,2%	37.460	0,8%	8,5%	87.645	1,0%	10,7%
Recibe solo ayuda personal	77.604	1,8%	20,4%	146.503	3,3%	33,4%	224.107	2,6%	27,4%
Recibe ambos tipos de ayuda	33.921	0,8%	8,9%	42.127	0,9%	9,6%	76.047	0,9%	9,3%
Ha solicitado y no recibe AP	8.766	0,2%	2,3%	15.413	0,3%	3,5%	24.179	0,3%	3,0%
Ha solicitado y no recibe AT	14.932	0,4%	3,9%	13.646	0,3%	3,1%	28.578	0,3%	3,5%
Ha solicitado y no recibe AP/AT	20.730	0,5%	5,5%	26.088	0,6%	5,9%	46.819	0,5%	5,7%
Requiere asistencia personal	114.744	2,7%	30,2%	191.916	4,3%	43,8%	306.661	3,5%	37,5%
Requiere ayuda tecnica	89.135	2,1%	23,5%	84.643	1,9%	19,3%	173.779	2,0%	21,2%
Requiere algún tipo de ayuda	166.672	3,9%	43,9%	231.297	5,2%	52,7%	397.969	4,6%	48,6%
Personas con discapacidad	379.652	8,9%	100,0%	438.561	9,9%	100,0%	818.213	9,4%	100,0%
Población	4.260.891			4.444.928			8.705.819		

Fuente: EDDDES99.

Como en los grupos anteriores de edad, existe relación entre la obtención de ayuda y la severidad de la discapacidad. Los resultados son muy semejantes a los de los adultos de 30-44 años. Quienes no pueden realizar la actividad, muestran una proporción ligeramente más alta de personas que reciben ayuda técnica en combinación con ayuda personal (19% en vez de 15%), mientras que el porcentaje de los que no reciben ninguna ayuda es prácticamente el mismo (26%) (compárese el Cuadro 52 con el 38).

**Cuadro 52. Proporción de población de 45-64 años con discapacidad según el grado de severidad y el tipo de cuidado que recibe. España, 1999**

Grado de severidad	N				%			
	Con discap.	Solo ayuda técnica	Solo ayuda personal	Recibe ambos tipos	Solo ayuda técnica	Solo ayuda personal	Ambos tipos	No recibe
Sin dificultad alguna	9.645	7.977	1.669	-	83%	17%	0%	0%
Con dif. moderada	301.288	37.992	37.541	9.539	13%	12%	3%	72%
Con dif. grave	228.346	31.742	59.058	16.784	14%	26%	7%	53%
No puede realizar	260.824	9.934	125.839	49.614	4%	48%	19%	29%
Total	800.103	87.645	224.107	75.938	11%	28%	9%	52%
No sabe / no contesta	18.000							
Personas con discap.	818.213							

Fuente: EDDES99.

Las discapacidades que originan la necesidad de ayudas varían ligeramente respecto a edades precedentes. Las principales siguen siendo las del autocuidado y las de tareas de hogar (casi 85%). En ambos casos, un 81% de las personas demandan ayuda personal. Les siguen los problemas para desplazarse (dentro del hogar, levantarse, acostarse, permanecer de pie, trasladar objetos no muy pesados) y utilizar brazos y manos (31% entre ambos grupos de discapacidades) y desplazarse fuera del hogar (29%).

**Cuadro 53. Grupo de discapacidad por tipo de cuidado que recibe para el grupo de edad 45-64. España, 1999**

Grupo de discapacidad	N	Sólo ayudas técnicas	Sólo asistencia personal	Ayudas técnicas y personal	No recibe ayuda alguna	n.s. / n.c.	Total
Ver	183.265	12%	0%	0%	85%	3%	100%
Oír	182.853	22%	0%	0%	76%	2%	100%
Comunicarse	80.118	2%	16%	1%	80%	1%	100%
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	77.621	0%	26%	0%	70%	3%	100%
Desplazarse	280.653	12%	20%	12%	54%	2%	100%
Utilizar brazos y manos	295.676	3%	28%	2%	65%	2%	100%
Desplazarse fuera del hogar	417.148	11%	21%	8%	58%	2%	100%
Cuidar de sí mismo	107.539	3%	68%	13%	15%	1%	100%
Realizar las tareas del hogar	277.343	1%	77%	4%	16%	2%	100%
Relacionarse con otras personas	80.751	0%	18%	0%	76%	6%	100%
Total	1.982.967	8%	28%	5%	57%	2%	100%

Fuente: EDDES99.

Los que padecen alguna discapacidad que no demanda este tipo de ayuda son aquellos que tienen dificultades en los ámbitos de la audición y de la visión, en cuyo caso las ayudas sólo pueden ser técnicas<sup>46</sup> (Cuadro 50). La proporción para la mayoría de las categorías es algo más baja que entre los adultos de 30-44 años. Por ejemplo, en el caso de las personas con dificultades de cuidar de sí mismo y desplazarse es casi un 10% inferior.

También se invierten en el caso de las ayudas técnicas los principales grupos de discapacidades que requieren más ayuda. En el caso del conjunto de población entre 45 y 64 años las actividades que requieren más instrumentos y aparatos de apoyo son desplazarse, en primer lugar (24%), los problemas para oír en segundo (22%) y las dificultades para desplazarse fuera del hogar en tercero (19%). Quienes tienen dificultades o no pueden cuidar de sí mismos reciben ayuda técnica en el 15% de los casos.

Finalmente, como en los adultos de 30-44 años, hay sólo un 5% que recibe ambos tipos de ayuda simultáneamente para el mismo tipo de discapacidad. En el caso de aquellos con problemas para cuidar de sí mismos y para desplazarse la proporción aumenta a un 13% y un 12% respectivamente.

#### **4.4.3. Impacto en los hogares**

---

El conjunto de la población que hemos denominado como madura, aquellos que cuentan entre 45 y 64 años, convive en la gran mayoría de los casos en hogares compuestos por una pareja o matrimonio (progenitores) y sus respectivos hijos solteros. No obstante, cabe resaltar que este tipo de hogar supone una proporción considerablemente menor respecto a la que tiene entre las personas en edades adultas o jóvenes. En este caso es alrededor del 60% de la población la que convive junto con su pareja e hijos, mientras que entre los adultos, por ejemplo, la proporción alcanzaba el 70%. El motivo principal es la llamada "fase de nido vacío"; las formas de hogar que crecen de manera considerable entre la población madura son aquellas formadas por la pareja sin hijos y los hogares extensos. También aumenta el resto de las formas familiares, los hogares solitarios, los exentos de núcleo, los monoparentales y los de más de un núcleo, aunque en mucha menor medida (Tabla Anexo 48).

Entre aquellos que padecen algún tipo de discapacidad, la proporción de los típicos hogares nucleares con hijos es, sin embargo, considerablemente menor. Aunque siguen siendo mayoritarios, en el caso de este conjunto de población, por primera vez constituyen las formas familiares de menos de la mitad de la población. Como consecuencia, todos los demás tipos de hogares son mucho más frecuentes que en el resto de la población. Los hogares compuestos por una

---

<sup>46</sup> Es posible que reciban ayuda personal para paliar otras discapacidades, pero la peculiaridad de éstas está en que ninguna ayuda personal puede eliminarlas o reducir las; recuérdese que el cuestionario de la EDDES99 inquiriere sobre las ayudas que permiten realizar las funciones impedidas o dificultadas.

pareja sola superan el 18% (frente a 12% de la población sin discapacidad que vive en pareja sin hijos), los monoparentales ascienden al 8% y las personas que viven solas, aún padeciendo de alguna discapacidad se acercan al 7% del total. Los hogares más complejos aumentan también ligeramente respecto a los formados por la población sin discapacidad o incluso respecto a las personas con discapacidad en las edades precedentes.

Destaca especialmente el fuerte crecimiento de aquellos que viven solos que se produce en la población madura con discapacidad. Prácticamente duplican la proporción que tiene entre quienes no padecen ninguna discapacidad, así como la de las personas que sí la padecen en la franja de edad inmediatamente anterior. Por tanto, los datos sugieren que la existencia de problemas que limitan las actividades comunes no originan extensamente una pérdida de la autonomía, ya que son más quienes viven solos teniendo tales problemas que los que lo hacen sin estar afectados por ellos. Más bien parece que confluyen aquí las dificultades que algunas discapacidades han supuesto para constituir familia propia en las edades anteriores, y la mayor probabilidad de que declaren discapacidades quienes viven solos y, por tanto, no tienen a nadie más en el hogar con quien repartir funciones según las capacidades respectivas.

Existen algunas diferencias destacables en las formas de convivencia dependiendo de si las personas entre 45 y 64 años son hombres o mujeres (Cuadro 54). Las mujeres maduras viven más en hogares monoparentales, independientemente de su relación con la discapacidad. También las mujeres de estas edades tienden a vivir más acompañadas por su pareja (solos), mientras que la población masculina madura, por su parte, vive más frecuentemente acompañado por su pareja y sus hijos. En cuanto a los hogares unipersonales y más complejos (sin núcleo, los extensos y polinucleares), las proporciones de hombres y mujeres que forman parte de este tipo de hogares son similares, tanto si padecen alguna discapacidad como si no.

En relación con las ayudas, los que integran hogares monoparentales las reciben en una proporción algo mayor, independientemente de su tipo y del sexo del sujeto, y cabe suponer que, de hecho, existe en ellos una representación importante de la antigua estrategia de la convivencia entre dos generaciones en la que el hijo no se ha emancipado porque cuida al mayor.

Dentro del grupo de personas en edades maduras, la edad también marca cierta tendencia en algunas formas familiares. Entre los hombres los únicos hogares en los que se marca una pauta clara son aquellos compuestos por las parejas con y sin hijos. Los primeros descienden a medida que aumenta la edad de las personas, independientemente de su relación con la discapacidad. La única excepción se aprecia entre aquellos que teniendo alguna discapacidad reciben algún tipo de ayuda, sobre todo personal. En estos casos, el descenso no es tan claro, incluso se produce un aumento de la proporción de personas que vive en este tipo de hogar. Por otro lado, aquellos que viven junto con su pareja (sin hijos) van aumentando conforme asciende su edad. En este caso, la tendencia se repite tanto en la población sin discapacidad, como entre los que presentan algún problema o los que requieren algún tipo de ayuda.

**Cuadro 54. Población de 45-64 años con y sin discapacidad, según el tipo de ayuda que reciben, por sexo y tipo de hogar. España, 1999**

Hombres						
Tipología del hogar	Sin discapacidad	Con discapacidad	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	3,8%	7,0%	5,7%	5,7%	5,7%	7,9%
Sin núcleo	1,7%	3,3%	4,4%	2,2%	6,9%	2,6%
Monoparental	3,1%	4,1%	6,0%	3,2%	5,2%	3,5%
Pareja sin hijos	10,9%	16,6%	13,3%	20,3%	15,5%	17,1%
Pareja con hijos	65,6%	52,9%	52,9%	53,0%	46,6%	53,9%
Extenso	10,8%	11,2%	12,3%	11,4%	12,6%	10,6%
Polinuclear	4,1%	4,8%	5,3%	4,2%	7,6%	4,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	3.881.239	379.652	77.604	50.185	33.921	217.942
Mujeres						
Tipología del hogar	Sin discapacidad	Con discapacidad	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	3,3%	6,7%	5,7%	8,1%	6,0%	7,3%
Sin núcleo	1,9%	2,8%	2,7%	0,9%	5,0%	2,7%
Monoparental	8,6%	11,1%	11,7%	10,2%	12,4%	10,5%
Pareja sin hijos	13,5%	20,1%	20,5%	18,3%	20,6%	20,0%
Pareja con hijos	56,7%	43,7%	43,5%	45,8%	40,4%	44,2%
Extenso	11,6%	10,6%	10,1%	11,5%	11,8%	10,5%
Polinuclear	4,3%	5,1%	5,8%	5,2%	3,8%	4,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	4.006.367	438.561	146.503	37.460	42.127	212.471

Fuente: EDDES99.

Entre las mujeres el aumento de la edad trae consigo un aumento de los hogares solitarios, de los compuestos por la pareja sin hijos y, aunque sea ligeramente, de los hogares de más de un núcleo. Así mismo, y al igual que en caso de los varones, el aumento de la edad está relacionado con una disminución de los hogares nucleares con hijos.

El número medio de personas que componen los hogares de la población con y sin discapacidad varía ligeramente. Los afectados por algún problema constituyen hogares menos numerosos que el resto de la población, 3,4 personas por hogar frente a 3,7 personas entre los hogares de los maduros sin ninguna discapacidad cuando son hombres y respectivamente 3,2 y 3,6 personas cuando son mujeres. Además, hay muy poca diferencia entre las personas con discapacidad según el tipo (o la ausencia) de ayuda, especialmente cuando se toma en cuenta la desviación típica de los promedios (Cuadro 55).

**Cuadro 55. Promedio número de personas que componen el hogar de los sujetos de 45-64 años, según si padece o no una discapacidad y si recibe o no alguna ayuda. España, 1999**

	Hombres			Mujeres		
	N	Media	Des. típica	N	Media	Des. típica
Padece alguna discapacidad						
No	3.881.239	3,77	1,37	4.006.367	3,61	1,36
Si	379.652	3,43	1,45	438.561	3,21	1,40
Ayudas recibidas						
Sólo ayuda técnica	50.185	3,50	1,49	37.460	3,32	1,51
Sólo ayuda personal	77.604	3,45	1,42	146.503	3,22	1,37
Ayuda técnica y personal	33.921	3,46	1,50	42.127	3,15	1,37
No recibe ayuda	217.942	3,40	1,44	212.471	3,20	1,40

Fuente: EDDES99.

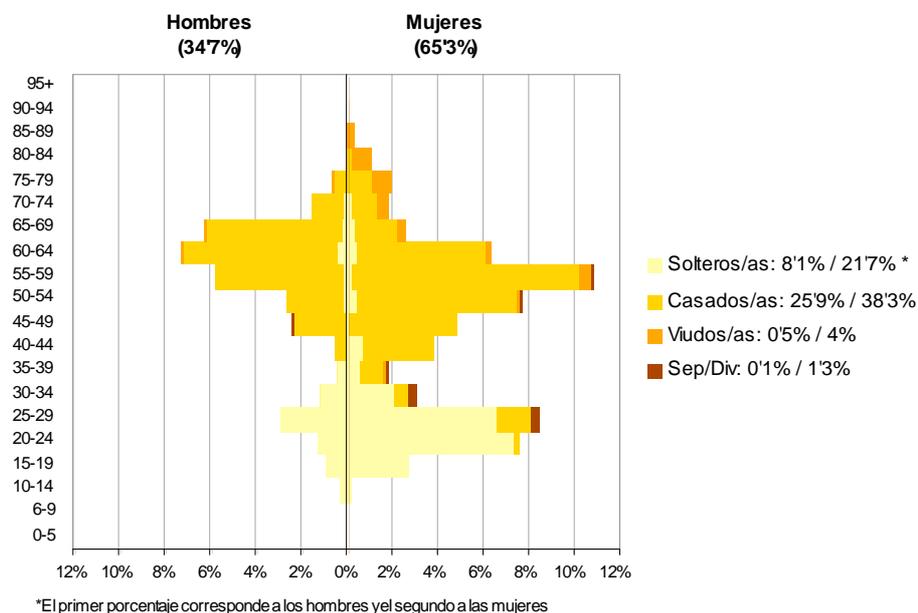
#### 4.4.4. Cuidados especiales y cuidadores

A diferencia de las personas en edades precedentes, entre las personas maduras que padecen algún tipo de discapacidad y requieren alguna ayuda, la proporción de hombres y mujeres que asumen el rol de cuidadores presenta menos diferencias en cuanto al sexo. Siguen siendo más numerosas las mujeres que se responsabilizan de prestar cuidados (algo más del 65% de mujeres frente a un 35% de hombres cuidadores) (Gráfico 10).

Existen dos grupos de personas que se dedican principalmente a prestar cuidados a las personas en edades maduras. Por un lado, los jóvenes entre 20 y 29 años, que representan algo más del 20% del total de cuidadores. Son sobre todo mujeres jóvenes solteras, que presumiblemente, y como se comprobará más adelante, cuidan de sus progenitores. El segundo grupo de cuidadores, está compuesto por hombres y mujeres entre 45 y 69 años. Los cuidadores en edades maduras-mayores, se encuentran en la mayoría de los casos, casados (el 64%) y son los propios cónyuges a los que presumiblemente prestan los cuidados asistenciales.

La edad media de los cuidadores, 48 años, nos hace hablar de cuidadores maduros. En el caso de que sean los hombres los que prestan los cuidados, la edad media aumenta, superando los 53 años. En el caso de las mujeres, y sobre todo como consecuencia del grupo de cuidadoras jóvenes, su edad media es algo inferior a la media, de 46 años.

**Gráfico 10: Cuidadores Principales de personas de 45-64 años, por edad, sexo y estado civil. España, 1999**



Fuente: EDDES99.

Los cuidadores principales tienen en la mayoría de los casos (67%) estudios primarios como máximo nivel alcanzado. Menos frecuentes son los que llegaron a culminar los estudios secundarios (19%) y muy escasos los que estudiaron carrera profesional, universitaria o equivalente (13%). En el caso de los cuidadores de personas maduras, los hombres sin estudios o solamente con estudios primarios presentan porcentajes algo más altos que las mujeres cuidadoras, mientras que ellas presentan proporciones más elevadas en estudios secundarios o superiores (datos en Tabla Anexo 47).

Aquellos cuidadores con un nivel más bajo de estudios se concentran sobre todo a partir de la edad 45: las personas con estudios primarios o sin ningún tipo de estudios constituyen el 85% del conjunto de cuidadores, siendo muy poco numerosas las personas con estudios secundarios (8%) o superiores (7%).

Los estudios secundarios son frecuentes entre el grupo de cuidadores en edades jóvenes y adultas. Un 38% de las personas entre 16 y 44 años tiene estudios secundarios, aunque todavía es una proporción sustancial (43%) la de los que tienen primaria como máximo nivel de estudios. Los niveles más elevados de instrucción, los universitarios y equivalentes, aunque menos frecuentes que el resto de los niveles, son especialmente elevados entre los jóvenes y adultos cuidadores entre 16 y 44 años (19%). Se han observado pocas diferencias entre los cuidadores masculinos y femeninos.

Otra de las características de los cuidadores principales, uno de los más importantes de acuerdo a los objetivos de este trabajo, es la relación con la actividad del conjunto de las personas que prestan ayuda personal. A pesar de un ligero porcentaje de casos en los que no se puede determinar si los cuidadores trabajan o están económicamente inactivos, puede confirmarse que la gran mayoría, concretamente el 75% del total de los cuidadores que se encargan de las personas en edades maduras, no trabajaba en el momento de la

realización de la encuesta. Por su parte, un 25% de este grupo sí se encontraba ocupado. La mayoría de las personas que no trabajan se dedica principalmente a las tareas domésticas (28%), están jubilados (15%) o busca un empleo (15%).

En el caso de los hombres cuidadores, la proporción de los que trabaja es más elevada que el de las mujeres cuidadoras (34% frente a 24%). Entre los no ocupados, sin embargo, no hay prácticamente nadie que compagine el cuidado de alguna persona con las labores del hogar, siendo el ámbito doméstico la situación mayoritaria entre las mujeres. Los cuidadores varones que no trabajan se encuentran en la mayoría de los casos jubilados (32%), y son casi tan numerosos como aquellos que están ocupados (Cuadro 53).

Si comparamos las proporciones de ocupación de los cuidadores del grupo de personas maduras y el total de la población (Cuadro 53) podemos constatar que las proporciones de los primeros son bastante más bajas que las del conjunto de la población, con una diferencia de más de diez puntos porcentuales. La proporción de las cuidadoras que trabajan es ligeramente inferior a la del conjunto de mujeres. La gran diferencia se encuentra entre los hombres. Los cuidadores que trabajan apenas constituyen el 34%, mientras que algo más de la mitad del conjunto de la población masculina se encuentra ocupado.

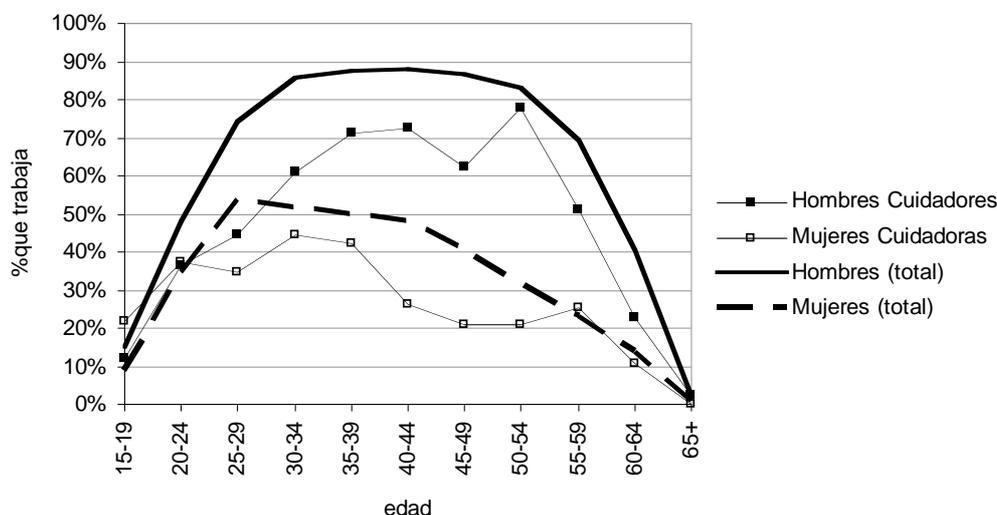
Las disparidades entre las proporciones de ocupación de los hombres resultan especialmente importantes en las edades adultas, aunque en todas las edades la ocupación de los cuidadores es menor que la del conjunto. Resulta especialmente significativa la diferencia existente para quienes tienen entre los 25 y los 49 años. En estas edades las diferencias rondan entre un 30% y un 16%. Las disparidades entre las mujeres son menos acentuadas y se concentran entre los 40 y los 49 años. En estas edades el conjunto total de la población ostenta proporciones de ocupación más elevadas que el de las cuidadoras, diferencias que rondan un 20%. Sólo entre las edades más jóvenes, de 15 a 24 años, las diferencias no son claras, aunque el escaso número de casos en la muestra (son escasas las ocupadas y aún más las cuidadoras) impide extraer conclusiones significativas (Gráfico 11).

**Cuadro 56: Población total y Cuidadores Principales de personas entre 45 y 64 años, por sexo, edad (16+) y relación con la actividad.**

Relación con la actividad económica	Cuidadores Principales (16+) de personas entre 45 y 64 años											
	Hombres				Mujeres				Total			
	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total
<b>Ocupados</b>	<b>45.2%</b>	<b>45.1%</b>	<b>2.2%</b>	<b>34.2%</b>	<b>34.6%</b>	<b>20.4%</b>	<b>0.0%</b>	<b>24.0%</b>	<b>36.9%</b>	<b>29.8%</b>	<b>1.2%</b>	<b>27.5%</b>
Trabajando	44,6%	43,3%	2,2%	33,1%	34,6%	19,7%	0,0%	23,6%	36,7%	28,6%	1,2%	26,9%
Empleado pero temporalm. ausente	0,6%	1,8%	0,0%	1,1%	0,0%	0,8%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>No ocupados</b>	<b>54,8%</b>	<b>54,9%</b>	<b>97,8%</b>	<b>65,8%</b>	<b>65,4%</b>	<b>79,6%</b>	<b>100,0%</b>	<b>76,0%</b>	<b>63,1%</b>	<b>70,2%</b>	<b>98,8%</b>	<b>72,5%</b>
Parados	23,7%	16,4%	0,0%	13,8%	31,0%	6,5%	0,0%	16,1%	29,5%	10,3%	0,0%	15,3%
Incapacitados/percibiendo pensión	4,9%	14,2%	16,3%	12,7%	0,6%	4,4%	4,9%	2,9%	1,6%	8,1%	10,9%	6,3%
Jubilados	0,0%	22,7%	80,4%	32,6%	0,0%	2,8%	39,2%	6,0%	0,0%	10,3%	61,0%	15,2%
Labores del hogar	0,6%	0,0%	0,0%	0,1%	20,4%	64,9%	42,7%	43,4%	16,2%	40,3%	20,1%	28,5%
Otra situación	25,4%	1,6%	1,1%	6,6%	13,3%	1,1%	13,2%	7,7%	15,9%	1,3%	6,8%	7,3%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
N	15.506	37.949	18.398	71.853	57.364	62.252	16.325	135.941	72.870	100.200	34.723	207.794
Relación con la actividad económica	Población total (16+)											
	Hombres				Mujeres				Total			
	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total
<b>Ocupados</b>	<b>68.8%</b>	<b>71.6%</b>	<b>2.3%</b>	<b>58.2%</b>	<b>42.9%</b>	<b>28.0%</b>	<b>0.8%</b>	<b>29.7%</b>	<b>56.0%</b>	<b>49.3%</b>	<b>1.5%</b>	<b>43.6%</b>
Trabajando	67,8%	69,6%	2,3%	57,1%	41,8%	27,1%	0,8%	28,9%	55,0%	47,9%	1,4%	42,6%
Empleado pero temporalm. ausente	1,0%	2,0%	0,1%	1,1%	1,1%	0,9%	0,0%	0,8%	1,0%	1,4%	0,0%	0,9%
<b>No ocupados</b>	<b>31.2%</b>	<b>28.4%</b>	<b>97.7%</b>	<b>41.8%</b>	<b>57.1%</b>	<b>72.0%</b>	<b>99.2%</b>	<b>70.3%</b>	<b>44.0%</b>	<b>50.7%</b>	<b>98.5%</b>	<b>56.4%</b>
Parados	10,7%	7,5%	0,1%	8,0%	15,0%	5,2%	0,1%	9,2%	12,8%	6,3%	0,1%	8,6%
Incapacitados/percibiendo pensión	1,9%	9,5%	10,8%	5,4%	1,1%	5,5%	9,3%	4,1%	1,5%	7,4%	9,9%	4,7%
Jubilados	0,0%	10,3%	85,8%	17,4%	0,0%	3,3%	39,7%	9,6%	0,0%	6,7%	59,1%	13,4%
Labores del hogar	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	20,5%	55,3%	34,2%	32,7%	10,2%	28,3%	19,9%	16,9%
Otra situación	18,5%	1,1%	0,9%	10,9%	20,4%	2,7%	15,8%	14,7%	19,4%	1,9%	9,5%	12,8%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
N	8.964.047	4.260.891	2.713.905	15.938.842	8.741.033	4.444.928	3.724.717	16.910.678	17.705.079	8.705.819	6.438.622	32.849.520

Fuente: EDDES99; los datos que corresponden a esta tabla se encuentra en Tabla Anexo 48 y Tabla Anexo 78.

**Gráfico 11: Proporción de ocupación de la población total y de los Cuidadores Principales, según la edad y el sexo. España, 1999**



Fuente: EDDES99

De las personas que se encargan de prestar cuidados a aquellos que en estas edades los requieren como consecuencia de alguna discapacidad, un 80% viven en el mismo hogar y son parientes de la persona afectada, y el 78%, además son miembros de la misma familia (Cuadro 57). Es decir, la familia constituye, como en las edades precedentes, el gran proveedor de los cuidados requeridos. De estos cuidadores que viven en el mismo hogar que el afectado, los cónyuges son las personas que ejercen más frecuentemente el rol de cuidador. Cuatro de cada nueve cuidadores principales (independientemente del lugar en que residan) son los maridos o esposas de las personas que presentan dificultades en sus actividades diarias. De los cuidadores que viven con el afectado, tan sólo el 0,6% no son familiares. Además, casi 11% de los cuidadores principales son familiares que se desplazan para proveer la ayuda necesaria a las personas afectadas que equivale al 55% de los cuidadores que viven en una vivienda diferente a la del receptor de los cuidados. En el caso de las personas en edades maduras, la ayuda proveniente del sistema formal, es decir de los empleados privados y los servicios sociales, constituye una parte más grande de la ayuda requerida por dichas personas que hemos visto para los grupos de edades más jóvenes, pero es todavía escaso. Tan solo un 7,3% de la ayuda es proporcionada por empleados y un 3,6% por los servicios sociales, pero en términos del total de la ayuda que viene de fuera del hogar, es un 20% y 10%, respectivamente (Tabla Anexo 53).

Si tenemos en cuenta todos los cuidadores principales de las personas receptoras de la asistencia, casi el 30% de las personas en edades maduras son cuidados por sus descendientes, sobre todo por sus hijas (un cuarto de ellas no vive con el afectado), mientras que alrededor del 7% de los afectados obtienen los cuidados requerido por 'otros parientes' (que serán sobre todo las abuelas), el 30% de quienes viven en el mismo hogar, y el 4% por las hermanas (todas desde el mismo hogar). Es digno de destacar que la proporción de los cuidadores principales que son hermanas es igual a la de las madres (algo más

del 4% del total). También se comprueba que la ayuda proveniente del sistema formal disminuye considerablemente en relación a lo constatado. Un 5,6% de las personas afectadas tienen como cuidador principal a un empleado privado, mientras que el 2,2% del total de afectados en edades maduras es provisto de la ayuda necesaria por parte de los servicios sociales (Cuadro 57).

Para un 13% de los cuidadores principales no ha sido posible determinar la relación convivencial y familiar.

**Cuadro 57. Cuidadores Principales de las personas de 45-64 años, según la relación convivencial y la relación de parentesco con el sujeto receptor. España, 1999**

	N			%		
	TOTAL	En el hogar	Fuera del hogar	TOTAL	En el hogar	Fuera del hogar
Cónyuge	115.955	115.955	-	44,6%	44,6%	-
Marido	54.314	54.314	-	20,9%	20,9%	-
Esposa	61.641	61.641	-	23,7%	23,7%	-
Hija	60.079	46.168	13.910	23,1%	17,8%	5,4%
Hijo	16.142	14.850	1.292	6,2%	5,7%	0,5%
Madre	10.998	10.386	613	4,2%	4,0%	0,2%
Padre	790	790	-	0,3%	0,3%	-
Hermana	11.428	11.428	-	4,4%	4,4%	-
Hermano	2.351	2.351	-	0,9%	0,9%	-
Otro pariente	17.629	5.283	12.346	6,8%	2,0%	4,8%
Empleado	14.527	771	13.756	5,6%	0,3%	5,3%
Amigos y vecinos	3.300	-	3.300	1,3%	-	1,3%
Huérfano	-	-	-	-	-	-
Servicios sociales	5.817	-	5.817	2,2%	-	2,2%
Otra relación	812	812	-	0,3%	0,3%	-
<b>Total</b>	<b>259.827</b>	<b>208.792</b>	<b>51.034</b>	<b>100,0%</b>	<b>80,4%</b>	<b>19,6%</b>
No se puede determinar/ no consta	40.328			13,4%		
<b>Total CP</b>	<b>300.155</b>					

Fuente: EDDES99.

La gran mayoría de los CP se encuentran económicamente inactivos. Sólo el 27% de ellos está ocupado y tiene un empleo remunerado (Cuadro 58). Entre los cuidadores que no trabajan, la situación más frecuente es la de los que se dedican a las labores del hogar. Nada menos que un 28% compagina la labor del cuidado con la realización de las tareas del hogar, cifra que se acerca mucho a la de los que se encuentran ocupados. Además, prácticamente la totalidad de los que se encuentran en esta situación son mujeres. A esta situación, les siguen los cuidadores que buscan un empleo (15%) y que se encuentran jubilados (15%).

En el caso de que las esposas sean las que proporcionan la ayuda requerida por su marido, la mayoría de ellas, el 67% comparte esta labor con los quehaceres del hogar. Tan solo un 18% trabaja y tiene un empleo remunerado. Las cosas

cambian cuando los esposos son los que se encargan de proveer de cuidados a sus esposas. Una buena proporción de ellos, el 41% está ya jubilado, aunque son muchos también, el 32%, los que se encuentran ocupados. Cuando los proveedores son los descendientes (hijos e hijas), la mayoría se encuentra activo, trabajando o buscando algún empleo. Las madres, aunque ejerzan de cuidadoras de este grupo de personas en una proporción mucho menor, se dedican a las labores del hogar o están ya jubiladas.

**Cuadro 58. Cuidadores Principales (16+) de las personas de 45-65 años que viven en el mismo hogar que el sujeto receptor, según su relación con la actividad. España, 1999**

	Ocupados	Parados	Incapacitados o percibiendo alguna pensión	Jubilados	Labores del hogar	Otra situación	Total	N
Marido	32,4%	11,4%	13,9%	40,7%	0,0%	1,5%	100,0%	<b>54.314</b>
Esposa	18,4%	7,1%	4,7%	2,3%	66,6%	0,9%	100,0%	<b>61.641</b>
Hijo/a	37,7%	30,8%	1,2%	0,0%	10,0%	20,3%	100,0%	<b>61.018</b>
Hermano/a	20,3%	11,8%	4,2%	23,1%	39,2%	1,4%	100,0%	<b>13.779</b>
Madre	0,0%	0,0%	6,6%	36,3%	37,1%	20,0%	100,0%	<b>10.386</b>
Padre	0,0%	0,0%	33,9%	66,1%	0,0%	0,0%	100,0%	<b>790</b>
Otro pariente/	34,9%	11,5%	3,5%	7,2%	40,1%	2,7%	100,0%	<b>6.866</b>
<b>Total</b>	<b>27,4%</b>	<b>15,2%</b>	<b>6,2%</b>	<b>15,1%</b>	<b>28,3%</b>	<b>7,8%</b>	<b>100,0%</b>	<b>208.792</b>

Fuente: EDDDES99; Las proporciones tienen en cuenta solamente los cuidadores principales que viven en el mismo hogar que la persona afectada, ya que para el resto de los cuidadores no se disponen este tipo de datos. Los datos se encuentran con más detalle en la Tabla Anexo 54.

Prácticamente 6 de cada 10 cuidadores (58%) han de disminuir el tiempo de alguna de sus actividades para poder llevar a cabo las tareas de cuidador. Las actividades que más se sacrifican son las de ocio y relaciones sociales, en las que un 37% de los cuidadores se ve obligado a disminuir parte del tiempo dedicado habitualmente. El segundo grupo de actividades que se resiente es el denominado como "otras actividades habituales"<sup>47</sup>, que lo hace en un 18% de los casos. Les sigue el tiempo dedicado a la vida familiar, el trabajo doméstico y remunerado o los estudios. Los cuidadores que han de reducir parte del tiempo de estas actividades están entre el 16 y el 17%.

Existen ligeras diferencias entre las actividades que limitan los hombres y las mujeres que ejercen de cuidadores. Las mujeres sacrifican más que los hombres en todas sus actividades, pero sobre todo el trabajo doméstico y la vida familiar (Cuadro 59).

Cabe señalar que cuando son las hijas las que se responsabilizan del cuidado de las personas en edades maduras, una cuarta parte de ellas ha de disminuir parte del tiempo dedicado a su trabajo remunerado o sus estudios para poder hacerse cargo del cuidado de la persona con discapacidad. En caso de ser hermanos o

<sup>47</sup> En esta categoría se incluyen el resto de actividades habituales a parte del trabajo remunerado y los estudios, el trabajo doméstico, la vida familiar y las actividades de ocio y relaciones sociales.

hermanas la proporción es tan sólo 2% o 3% inferior. Los hermanos cuidadores se sacrifican especialmente en actividades de ocio y relaciones sociales (63%).

**Cuadro 59. Cuidadores Principales de las personas de 45-64 años que viven en el mismo hogar que la persona afectada, según su relación de parentesco, el sexo y el tiempo que han tenido que reducir para prestar cuidados. España, 1999**

		Trabajo remunerado o estudios	Trabajo doméstico	Vida familiar	Actividades de ocio o relaciones sociales	Otras actividades habituales	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad por ser su trabajo	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad especial	N
Cónyuge	Hombres	12,7%	4,5%	9,2%	33,7%	17,4%	-	47,3%	54.314
	Mujeres	13,8%	31,5%	24,2%	38,9%	19,7%	-	42,7%	61.641
Hija		24,8%	6,3%	10,3%	37,1%	15,2%	-	37,1%	46.168
Hijo		14,3%	-	4,5%	27,8%	10,9%	-	43,5%	14.850
Hermana		21,5%	37,0%	28,4%	48,4%	34,8%	-	37,7%	11.428
Hermano		22,8%	12,0%	20,7%	62,8%	26,7%	-	37,2%	2.351
Madre		4,8%	33,2%	32,4%	45,0%	19,0%	-	41,9%	10.386
Padre		-	49,4%	62,9%	49,4%	33,9%	-	31,0%	790
Otro pariente/relación		16,3%	37,9%	19,6%	38,7%	23,9%	15%	35,2%	6.866
Total	Hombres	13,2%	4,3%	9,2%	33,5%	16,5%	-	46,1%	72.432
	Mujeres	17,6%	23,9%	20,3%	39,6%	19,6%	0,7%	39,9%	136.361
Total	Total	16,1%	17,1%	16,4%	37,5%	18,5%	0,5%	42,0%	208.792

Fuente: EDDES99.

## 4.5 Mayores (65-79 años)

La situación de los mayores, como la de cualquier persona, se ve determinada desde diversas perspectivas "vitales". Por un lado, el momento del curso vital en el que se encuentran, aspecto que a su vez configura la relación existente con las personas de su entorno. En segundo lugar, la biografía individual o las actividades realizadas a lo largo de la propia vida anterior. En tercer lugar, la biografía generacional, marcada por el contexto general (acontecimientos y clima político, económico y social) progresivamente "con-vivido" con quienes comparten la misma edad. Pero los 65 años constituyen también un umbral significativo para la relación con la actividad económica y para el tratamiento que se recibe de los sistemas de protección social, y existen además peculiaridades sustantivas de esta "primera vejez" en materias como la salud, las relaciones familiares o las formas de convivencia (Pérez Ortiz, 1996).

Siguiendo los aspectos señalados como factores que configuran las peculiaridades de las personas, podemos dibujar los rasgos que caracterizan a la población estudiada en este apartado, aquellos que cuentan entre 65 y 79 años de edad.

La población que tenemos como referencia se encuentra al final de su vida productiva y reproductiva: por un lado, ha formado parte y ha culminado su participación en el ámbito laboral. A la edad de 65 años comienza generalmente una nueva etapa vital, que se caracteriza, sobre todo, por un cambio en la relación con la actividad. La legislación española establece la edad mínima para poder acceder a una pensión de jubilación a los 65 años de edad. A pesar de que este límite de edad permanece sin ser alterado desde 1919, la edad real ha sido adelantada en muchos casos. También es posible, a excepción de situaciones en las que se establecen determinadas cláusulas de jubilación forzosa, que los trabajadores continúen trabajando una vez rebasados los 65 años, aunque en la realidad, el número de los que continúan haciéndolo es muy escaso (López Cumbre, 2001: 21).

Por otro lado, están culminando su ciclo familiar: la mayoría ha tenido hijos y ha participado y finalizado su crianza, por lo que se encuentran en la fase denominada "nido vacío" (los hijos dejan el hogar para formar su propia familia).

El segundo factor determinante de la situación de la población que estudiamos en este apartado es la biografía individual de cada persona, aspecto que difícilmente puede ser analizado a través de una encuesta cuantitativa de este tipo pero que tampoco permite realizar generalizaciones sobre el grupo que estudiamos. Podemos señalar, sin embargo, como rasgos generales, algunos de los acontecimientos personales (como la nupcialidad, la emancipación o la fecundidad) que perfilan el comportamiento generacional y que forman parte de sus biografías individuales.

La biografía generacional está determinada por la coyuntura y los acontecimientos políticos, económicos y sociales que han ido sucediéndose a lo

largo de la vida de este grupo de personas. Las personas en la franja de edad comprendida entre los 65 y los 79 años pertenecen a las cohortes o generaciones de niños nacidos entre 1920 y 1935. Fueron niños y adolescentes que vivieron su infancia en una sociedad preponderantemente agraria y que posteriormente lo hicieron durante los años en los que se desarrolló la Guerra Civil española. Fueron, por lo tanto, jóvenes que padecieron las penurias de la contienda y la precaria y difícil situación posterior a la guerra. Muy pocos obtuvieron niveles educativos que superaran los estudios de primer grado, comenzaron a trabajar a edades muy tempranas, en torno a los 14-15 años los hombres y los 16-17 años las mujeres, por lo que han pasado gran parte de su vida trabajando. Los hombres, quienes participaron de forma mayoritaria activamente en el mercado laboral, iniciaron su andadura laboral en el sector primario. La proporción de las mujeres de estas generaciones que fueron económicamente activas alguna vez fue muy inferior<sup>48</sup> y lo hicieron en el sector servicios, generalmente como empleadas del hogar. Las que no entraron en el mercado de trabajo formal, lo hicieron como amas de casa de sus propios hogares en una sociedad en la que no se disponía de los avances tecnológicos de los que disponen los hogares actuales (Pérez Díaz, 2001).

Una vez llegada la edad de jubilación, puede decirse que los españoles que contaban al final del siglo XX entre 65 y 79 años se beneficiaban de unas condiciones políticas, económicas y sociales completamente diferentes a las que lo hicieron a lo largo de sus vidas. El paso del régimen franquista a uno democrático, una mejora sin igual en la economía general del país, condiciones y prestaciones económicas y sociales inexistentes o precarias en el pasado y de las que se benefician en la actualidad la gran mayoría, hacen que las condiciones vitales actuales sean bastante más favorables que para otros mayores que vivieron en épocas pasadas. El Estado de Bienestar desarrollado a partir de los años 80, proporciona no solo una educación básica obligatoria de forma gratuita, sino que además presta servicios sanitarios de forma universal y gratuita, así como pensiones y otras prestaciones. Su propio trabajo y una trayectoria laboral llevada a cabo en condiciones estables (son los primeros que no tienen una guerra de por medio que trunque o interrumpa su vida adulta y laboral) es lo que posibilita a estas generaciones acumular un patrimonio considerable y vivir en mejores condiciones que sus padres.

La calidad de vida, sin embargo, no se mide solamente a través de indicadores sociales y económicos. El estado de salud constituye un factor determinante a la hora de valorarla. Es un aspecto asociado a las probabilidades de vivir de las personas, aunque va más allá de la mera cantidad de años de vida. En este sentido, el estado de salud sería un factor que tendría en cuenta, más que la vertiente cuantitativa de la vida, la cualitativa, es decir, en qué condiciones vivimos. Este aspecto, será tratado en el segundo apartado de este capítulo, el referente a la situación de este grupo de personas respecto a la discapacidad.

No obstante, cabe señalar, que este grupo de personas pertenece a las primeras cohortes que llega a la vejez con más de la mitad de los efectivos iniciales (los

---

<sup>48</sup> Las proporciones de actividad entre las mujeres nacidas entre 1920 y 1935 variaban entre un 30 y un 48%. Las edades cuya actividad era más elevada eran los 20 y los 25 años. Por su parte, las mujeres pertenecientes a las cohortes 1921-25 ostentaban porcentajes algo más elevados que las nacidas entre 1926 y 1935 (Pérez Díaz, 2001).

nacidos) con vida (Cabré, 1999 y Pérez Díaz, 2003). Aunque la jubilación resulta para algunos de ellos un acontecimiento reciente y puede incidir negativamente sobre sus modos de vida (en forma de depresión, por ejemplo; Börsch-Supan, 2005; Buber-Enser, 2006), puede afirmarse que gozan de un buen estado de salud. Existen trabajos a nivel internacional que corroboran ganancias respecto al estado mental y físico de las sucesivas generaciones (Baltes, 2002).

La edad constituye el último aspecto señalado como factor determinante de la situación de los mayores. Además de éste, el sexo también resulta fundamental. La correlación de ambas características resultará determinante en el modo de vida de las personas mayores. Las mujeres, por ejemplo, tienen una esperanza de vida superior a la de los hombres de su misma edad. Esto hace que a la misma edad, la diferencia existente entre el estado civil y el entorno familiar de los hombres y las mujeres sea muy importante: mientras que el 84% de los hombres entre 65 y 79 años sigue casado, y por lo tanto, sigue conviviendo con su esposa, solamente el 54,5% de las mujeres permanece casado y conviviendo junto con su marido. En el caso de ellas la viudez afecta a un considerable 36%, mientras que los hombres de 65-79 años viudos representan algo menos del 9%. Esta situación lleva a que el 73% de los hombres convivan junto con su esposa o pareja, mientras que la proporción de mujeres de 65-79 años que vive junto con su marido es del 47,5%.

Para finalizar con las particularidades que caracterizan a las personas de este grupo de edad y que puede repercutir en la demanda de las ayudas generadas en este grupo de personas, cabe señalar información sobre la composición del hogar en el que viven. Y es que, aunque la convivencia con la pareja sea el tipo de hogar más extendido entre hombres y mujeres (45,7% y 33,4%, respectivamente), existen diferencias significativas en cuanto a la forma de convivencia entre la población masculina y femenina de este grupo de edad. Las mujeres viven más frecuentemente en hogares unipersonales (22% frente a menos del 7% de hombres), en hogares monoparentales, es decir, junto con alguno de sus hijos solteros (8,3% frente a un 2,4%) o en hogares sin núcleo (6% frente al 2,6%). Ellos, por su parte, viven generalmente más acompañados por los miembros más directos de su familia (con su cónyuge e hijos en más del 27% de los casos, frente al 14% de mujeres).

Los hogares que tradicionalmente han sido considerados como típicas formas de acogimiento familiar (los extensos y los polinucleares) comprenden un porcentaje de hombres y mujeres similar: un 15% en el caso de ellos y un 16% en el de ellas. De todas formas cabe señalar que existe una diferencia notable en el número absoluto de hogares extensos que acogen a hombres y mujeres. Mientras que alrededor de 215.000 hombres conviven en un hogar extenso, el número de mujeres mayores en este tipo de hogar supera los 330.000 efectivos.

#### 4.5.1. Situación respecto a la discapacidad

La EDDES recopiló en 1999 información representativa de 5.054.484 personas entre 65 y 79 años que convivían en viviendas familiares. El 26% declaraba tener algún tipo de limitación que afectaba alguna de sus actividades diarias.

Tal y como puede observarse en el Cuadro 60, la proporción de hombres y mujeres con algún tipo de discapacidad muestra diferencias notables, tanto por la edad como por el sexo. Tanto la proporción general como las proporciones correspondientes a las distintas edades quinquenales de la población femenina son superiores a la de los hombres en todos los casos. Mientras que un 29% de mujeres entre 65 y 79 años padece alguna discapacidad, la proporción de hombres se sitúa algo más de seis puntos porcentuales por debajo. Estas variaciones se repiten en cada franja de edad, y a medida que aumenta, la separación entre los porcentajes de unos y otros se va haciendo más grande. Por otra parte, existen una relación directa con la franja de edad: mientras que a los 65-69 años la población afectada era del 19%, a los 75-79 años prácticamente el doble declaraba sufrir alguna discapacidad.

**Cuadro 60. Población total y con alguna discapacidad de 65 a 79 años, por edad y sexo. España, 1999.**

	Población total			Población con discapacidad			% con discapacidad		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
65-69	942.198	1.086.712	2.028.910	161.083	225.255	386.338	17,1%	20,7%	19,0%
70-74	768.251	964.027	1.732.278	168.643	288.626	457.268	22,0%	29,9%	26,4%
75-79	531.038	762.259	1.293.297	172.670	304.256	476.926	32,5%	39,9%	36,9%
Total	2.241.486	2.812.997	5.054.484	502.396	818.137	1.320.532	22,4%	29,1%	26,1%

Fuente: EDDES99.

Las discapacidades – Las actividades más afectadas por las discapacidades son aquellas que implican llevar a cabo desplazamientos fuera del propio hogar, la realización de diferentes tareas domésticas y los movimientos corporales o aquellos que se realizan dentro del hogar.

Entre quienes padecen alguna discapacidad, a los 65-79 años algo más de un 60%, declara padecer algún tipo de problema para realizar desplazamientos en el exterior de su vivienda (lo que supone el 16% del total de la población) (

Cuadro 61). Mirando en más detalle a las actividades que están afectadas, prácticamente la mitad presenta problemas para desplazarse utilizando algún medio de transporte público y un 46% tiene dificultades para deambular sin ningún medio de transporte, es decir, caminar (Tabla Anexo 56). Las tareas domésticas también constituyen un grupo de actividades en que las personas con discapacidad se resienten con mayor frecuencia. Nada menos que un 42% del total de personas con alguna discapacidad, y el 11% del total de los mayores, presentaba problemas en alguna de las actividades que implican las tareas domésticas. La gran mayoría, un 34%, declaraba tener dificultades para

limpiar y mantener su hogar, y un 32% para realizar compras y controlar los suministros y los servicios. Un porcentaje nada desdeñable, 36 de cada 100 personas que declaraban tener alguna discapacidad, presentaba problemas para realizar desplazamientos dentro del hogar o movimientos con su propio cuerpo, lo que constituye el 9,4% del total de las personas de esta edad. Prácticamente 3 de cada 10 personas expresaban problemas para levantarse, acostarse o permanecer de pie o sentado y un 22% para efectuar desplazamientos en el interior de su vivienda.

El efecto de la edad también se ve reflejado en el caso de cada discapacidad específica. Son pocas las excepciones en las que la proporción de personas afectadas en cada grupo de discapacidad o en cada actividad específica no crece a medida en que aumenta la edad de la población (Tabla Anexo 55)

Existen destacadas diferencias entre los tipos de discapacidad que afectan a hombres y mujeres. La mayor disparidad se produce en las tareas que tradicionalmente han sido consideradas femeninas, las tareas domésticas. Los hombres con discapacidad que declaran tener dificultades para llevar a cabo este tipo de actividades es notablemente inferior a la de las mujeres y presentan proporciones sumamente dispares: 30% y 50%, respectivamente. También es relevante, tal y como puede apreciarse en el

Cuadro 61 y Tabla Anexo 56, la disparidad entre hombres y mujeres que declaran presentar problemas para realizar desplazamientos externos al hogar y movimientos corporales o desplazamientos dentro de la propia vivienda. En todos estos casos, las proporciones de las mujeres con discapacidad son superiores a la de los hombres. Los únicos tipos de discapacidades que entre los hombres son significativamente más frecuentes son los relacionados con la audición. La mayor prevalencia de este tipo de problemas entre los hombres podría ser la consecuencia de la trayectoria laboral masculina, tradicionalmente vinculada a trabajos de mayor riesgo para esta función.

**Cuadro 61. Población de 65-79 años según el tipo de discapacidad, por edad y sexo. España, 1999**

Discapacidad	% sobre el total de la población			% del total de las personas con discapacidad			% del total de las discapacidades		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Ver	7,2%	9,2%	8,3%	32,1%	31,5%	31,7%	12,2%	10,7%	11,2%
Oír	7,9%	7,6%	7,7%	35,1%	26,2%	29,6%	13,3%	8,9%	10,5%
Comunicarse	2,5%	2,3%	2,4%	11,2%	8,0%	9,2%	4,2%	2,7%	3,3%
Discapacidades cognitivas	2,6%	3,6%	3,2%	11,8%	12,5%	12,2%	4,5%	4,3%	4,3%
Desplazarse	6,8%	11,6%	9,4%	30,2%	39,8%	36,2%	11,5%	13,6%	12,8%
Utilizar brazos y manos	5,9%	9,1%	7,7%	26,3%	31,4%	29,5%	10,0%	10,7%	10,5%
Desplazarse fuera del hogar	12,1%	18,7%	15,8%	54,1%	64,4%	60,5%	20,5%	21,9%	21,4%
Cuidar de sí mismo	4,6%	5,0%	4,9%	20,6%	17,3%	18,6%	7,8%	5,9%	6,6%
Realizar las tareas del hogar	6,7%	14,6%	11,1%	29,8%	50,1%	42,3%	11,3%	17,0%	15,0%
Relacionarse con otras personas	2,8%	3,6%	3,2%	12,3%	12,5%	12,4%	4,7%	4,2%	4,4%
Total	22,4%	29,1%	26,1%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Numero de discapacidades							1.324.187	2.402.831	3.727.018
Población con discapacidad				502.396	818.137	1.320.532			
Población total	2.241.486	2.812.997	5.054.484						

Fuente: EDDES99.

La deficiencia que provoca las discapacidades – Entre los mayores de 65-79 años, las deficiencias que se encuentran más frecuentemente en el origen de dichas discapacidades son las osteoarticulares como en los adultos maduros (en el 32% de los casos) y la mala audición y visión (18% para ambos). El resto de las categorías no alcanza al 10% del total de las deficiencias. Comparando con el grupo de edad anterior, hay pocas diferencias en la estructura de las deficiencias que han causado las discapacidades. Mirando a las categorías específicas de las deficiencias, las más frecuentes son discapacidades originadas por la mala visión (que afectan al 60% de las personas con discapacidad), seguido por la mala audición (55%), es decir, un aumento muy fuerte respecto a los adultos maduros. Después vienen las deficiencias osteoarticulares, sobre todo aquellos problemas que afectan a las extremidades inferiores (citado por alrededor de la mitad de las personas con discapacidad) y a la columna vertebral, que llega a afectar a más del 38% de las personas con discapacidad. En quinto lugar, y señalado por más del 36% de los afectados, se encuentran las llamadas deficiencias múltiples, aquellas que afectan a varios órganos y en los que se incluyen, además de casos debidos a trastornos congénitos, aquellos que se desarrollan como consecuencia de procesos degenerativos relacionados con la edad (Cuadro 62 y Tabla Anexo 57).

El origen de la deficiencia – La gran mayoría de las deficiencias tienen como origen enfermedades comunes, alrededor del 69% de los casos. Una buena parte (18%) de las causas de dichas deficiencias queda sin especificar. El resto de los factores constituye la causa de 13% de las deficiencias en la población de 65-79 años. En estas edades, en las que la etapa laboral ya ha culminado, las causas congénitas son ya casi irrelevantes (2,6%), igual que los accidentes laborales (2,3%) y las enfermedades profesionales (2,3%). Los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, ligadas a la trayectoria laboral, son bastante más elevados entre los hombres que entre las mujeres (5,3% frente a 0,7%), cuya historia laboral dista significativamente de como consecuencia de pautas generacionales. También los accidentes de tráfico ven reducida aún más su importancia (ahora sólo un 1,3% del total las orígenes) especialmente entre los hombres, con el resultado de que ya no hay diferencias de género como entre los adultos jóvenes y maduros (Cuadro 63 y Tabla Anexo 76).

**Cuadro 62. Población de 65 a 79 años según la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	N	% sobre el total de la población	% total de deficiencias
Mentales	122.721	2,43%	6,3%
Visuales	353.609	7,00%	18,2%
Del oído	351.691	6,96%	18,1%
Del lenguaje, habla y voz	20.266	0,40%	1,0%
Osteoarticulares	627.668	12,42%	32,4%
Del sistema nervioso	114.497	2,27%	5,9%
Viscerales	158.950	3,14%	8,2%
Otras	189.686	3,75%	9,8%
Numero de deficiencias	1.939.088	38,36%	100,0%

Fuente: EDDES99

**Cuadro 63. Población de 65 a 79 años según la deficiencia y el problema que la causó. España, 1999**

Deficiencia	Congénito	Problemas en el parto	Accidente de tráfico	Accidente doméstico	Accidente de ocio	Accidente laboral	Otro tipo de accidente	Enfermedad común	Enfermedad profesional	Otras causas	No respuesta	Total (N)
Mentales	4,1%	0,2%	0,9%	0,5%	0,5%	1,0%	1,0%	71,7%	0,1%	19,5%	0,4%	122.721
Visuales	4,0%	0,1%	0,4%	1,5%	0,8%	2,7%	1,5%	73,0%	1,2%	14,3%	0,4%	353.609
Del oído	4,5%	0,0%	0,7%	0,5%	0,8%	1,6%	2,0%	61,1%	4,4%	23,7%	0,8%	351.691
Del lenguaje, habla, voz	0,4%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	3,6%	1,2%	77,5%	1,1%	14,9%	0,0%	20.266
Del sistema nervioso	1,2%	0,2%	2,8%	4,0%	1,2%	4,1%	2,8%	71,4%	3,2%	9,0%	0,0%	627.668
Osteoarticulares	2,4%	0,3%	1,5%	1,0%	0,2%	1,5%	1,2%	77,7%	0,3%	13,8%	0,2%	114.497
Viscerales	2,4%	0,0%	0,1%	0,5%	0,0%	0,5%	0,0%	86,8%	1,9%	7,6%	0,1%	158.950
Otras	0,5%	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	47,7%	0,3%	50,6%	0,0%	189.686
<b>Total (N)</b>	<b>50.364</b>	<b>2.617</b>	<b>24.633</b>	<b>35.657</b>	<b>14.237</b>	<b>45.372</b>	<b>33.473</b>	<b>1.342.504</b>	<b>43.922</b>	<b>341.184</b>	<b>5.125</b>	<b>1.939.088</b>
<b>Total (%)</b>	<b>2,6%</b>	<b>0,1%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,8%</b>	<b>0,7%</b>	<b>2,3%</b>	<b>1,7%</b>	<b>69,2%</b>	<b>2,3%</b>	<b>17,6%</b>	<b>0,3%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: EDDDES99

En cuanto a las causas de las deficiencias que provocan tales problemas, las enfermedades comunes son, por la primera vez, de todas ellas, salvo en la categoría de deficiencias múltiples y procesos degenerativos inespecíficos que tienen como primer origen, "otras causas"). En el caso de las deficiencias viscerales, están causadas por enfermedades comunes en el 87% de los casos. Las enfermedades comunes también son responsables de más del 70% de las deficiencias osteoarticulares, del lenguaje, habla y voz, visuales, y mentales y del 61% de las deficiencias del oído. Entre las deficiencias que tiene un origen no precisado destacan las del oído (24% de las deficiencias), las mentales (20%), las del lenguaje, habla y voz (15%), las visuales (14%), y las osteoarticulares (14%). Ninguna categoría causa más del 5% de ningún tipo de deficiencia (Cuadro 63).

**La severidad de las discapacidades** – Igual que en los grupos de edad anteriores, pocos declaran tener alguna discapacidad y poder realizar la actividad en cuestión sin ningún tipo de dificultades, tanto entre los hombres como entre las mujeres (Cuadro 64). En cambio, los que declaran no poder realizar las actividades afectadas son algo más numerosos que entre los adultos maduros. El 35% de los hombres y el 36% de las mujeres de 65-79 años declaran no poder realizar ciertas actividades como consecuencia de alguna discapacidad. También las otras dos categorías tienen más o menos un tercio de la población con discapacidad. Aunque lo más frecuente entre los hombres con discapacidad es que ésta sea moderada y para las mujeres predominen las discapacidades que impiden realizar la actividad, las diferencias entre hombres y mujeres en el este último caso son muy escasas.

**Cuadro 64. Distribución de la población de 65-79 años con discapacidad según su severidad máxima, por sexo. España, 1999.**

	Hombres	Mujeres	Total
Sin dificultad alguna	1,4%	1,3%	1,3%
Con dificultad moderada	35,9%	32,2%	33,6%
Con dificultad grave	27,7%	30,3%	29,3%
No puede realizar la actividad	35,1%	36,2%	35,8%
<b>Total (N)</b>	<b>491849</b>	<b>799447</b>	<b>1291296</b>
No sabe / no contesta	<b>10546</b>	<b>18690</b>	<b>29236</b>
<b>Personas con discapacidades</b>	<b>502396</b>	<b>818137</b>	<b>1320532</b>

Fuente: EDDES99.

#### 4.5.2. Las ayudas

---

El padecimiento de algún problema que limite las actividades de las personas no implica necesariamente la necesidad de la ayuda de otras o de instrumentos técnicos específicos que ayuden a paliar o a superar dichas limitaciones. De hecho, la población que en estas edades requiere de la ayuda de una tercera persona para llevar a cabo las actividades en las que se encuentra afectado, no llega a la mitad de la población total que declara padecer alguna discapacidad (46%). El caso de los que cuentan con alguna ayuda de tipo técnico es todavía inferior a la asistencia personal, solamente 3 de cada 10 personas con discapacidad percibe la ayuda de algún tipo de estos instrumentos técnicos, aunque en ambos casos es un 10% más que hemos visto entre los adultos maduros.

Tal y como se ha indicado, alrededor del 60% de la población con discapacidad entre 65 y 79 años recibe algún tipo de ayuda, ya sea personal o de tipo técnico (Cuadro 65). Aunque hombres y mujeres hacen un mayor uso de la asistencia personal que de la ayuda técnica, existen diferencias entre ellos.

Mientras las mujeres requieren de más cuidados personales que los hombres, la ayuda técnica es algo más frecuente en la población masculina: 51% de las mujeres y el 38% de los hombres recibe ayuda por parte de una tercera persona y alrededor del 32% en el caso de ellos y en algo más del 30% en el caso de ellas reciben ayuda técnica. La mayor frecuencia de la asistencia personal hace que la diferencia entre la población femenina y masculina que recibe algún tipo de ayuda sea notable.

Son pocas las personas que han solicitado algún tipo de ayuda y no la han recibido, un 4,5% en el caso de haber solicitado asistencia personal y algo menos, un 3,5% en el caso de haber requerido ayuda técnica, proporciones semejantes, por otra parte, a las de los adultos maduros.

Con respecto a la relación entre la ayuda recibida y la severidad de la discapacidad, la proporción de quienes no reciben ningún tipo de ayudas es más baja que la que se vio entre la población de 45 a 65 años y nuevamente este incremento en la edad parece ir acompañado de una mayor extensión de las ayudas (de nuevo si excluimos del análisis a las personas con el grado más bajo de discapacidad). Por ejemplo, para aquellos que no pueden realizar en absoluto la actividad, sólo un 17% no recibe ayuda contra el 29% que detectábamos entre los adultos maduros (compárense el Cuadro 66 con el Cuadro 52). Además, en todos los grados de severidad aumenta la proporción de los afectados que reciben simultáneamente ayuda técnica y ayuda personal. En el caso de quienes simplemente no pueden realizar la actividad la proporción es alcanza el 29% que es un 10% mayor de lo que era entre los adultos maduros.

**Cuadro 65. Población de 65-79 años con discapacidad, según el tipo de cuidado que recibe, por sexo. España, 1999.**

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	% del total de la población	% con discapacidad	N	% del total de la población	% con discapacidad	N	% del total de la población	% con discapacidad
Recibe alguna ayuda de asistencia personal	189.508	8,5%	37,7%	415.556	14,8%	50,8%	605.064	12,0%	45,8%
Recibe alguna ayuda técnica	162.786	7,3%	32,4%	248.018	8,8%	30,3%	410.804	8,1%	31,1%
Recibe algún tipo de ayuda	276.439	12,3%	55,0%	520.793	18,5%	63,7%	797.232	15,8%	60,4%
Recibe solo ayuda técnica	86.931	3,9%	17,3%	105.237	3,7%	12,9%	192.168	3,8%	14,6%
Recibe solo ayuda personal	113.652	5,1%	22,6%	272.775	9,7%	33,3%	386.428	7,6%	29,3%
Recibe ambos tipos de ayuda	75.856	3,4%	15,1%	142.781	5,1%	17,5%	218.636	4,3%	16,6%
Ha solicitado y no recibe AP	15.425	0,7%	3,1%	43.749	1,6%	5,3%	59.174	1,2%	4,5%
Ha solicitado y no recibe AT	19.369	0,9%	3,9%	27.309	1,0%	3,3%	46.678	0,9%	3,5%
Ha solicitado y no recibe AP/AT	30.851	1,4%	6,1%	63.172	2,2%	7,7%	94.023	1,9%	7,1%
Requiere Asistencia Personal	192.837	8,6%	38,4%	424.099	15,1%	51,8%	616.936	12,2%	46,7%
Requiere Ayuda Técnica	169.685	7,6%	33,8%	258.294	9,2%	31,6%	427.979	8,5%	32,4%
Requiere algún tipo de ayuda	281.781	12,6%	56,1%	532.240	18,9%	65,1%	814.021	16,1%	61,6%
Personas con discapacidad	502.396	22,4%	100,0%	818.137	29,1%	100,0%	1.320.532	26,1%	100,0%
Población	2.241.486			2.812.997			5.054.484		

Fuente: EDDES99.

**Cuadro 66. Proporción de población de 65-79 años con discapacidad según el grado de severidad y el tipo de cuidado que recibe. España, 1999**

Grado de severidad	Nº con discap.	N			%			
		Solo ayuda técnica	Solo ayuda personal	Recibe ambos tipos	Solo ayuda técnica	Solo ayuda personal	Recibe ambos tipos	No recibe ayuda
Sin dificultad alguna	16.496	14.531	1.966	-	88%	12%	0%	0%
Con dificultad moderada	434.077	91.641	58.511	25.314	21%	13%	6%	60%
Con dificultad grave	377.936	66.545	100.048	56.282	18%	26%	15%	41%
No puede realizar la actividad	461.959	19.452	225.903	136.213	4%	49%	29%	17%
Total	1.290.468	192.168	386.428	217.809	15%	30%	17%	38%
No sabe / no contesta	29.236							
Personas con discapa.	1.320.532							

Fuente: EDDES99.

La relación con la actividad – La ayuda requerida por las personas afectadas por alguna discapacidad varía en función de las actividades en las que se presentan limitaciones. Los problemas que requieren una mayor intensidad de cuidados no coinciden con las discapacidades más frecuentes. De hecho, el grupo de actividades relacionadas con la discapacidad no poder o tener problemas de cuidar a sí mismo, aunque la menos común, la que más ayuda demandan, sobre todo ayuda personal. Prácticamente, la totalidad de los que padecen algún tipo de discapacidad de este grupo (86% de los casos para ser exacta) recibe ayuda de una tercera persona para llevar a cabo dichas actividades. También requieren de cuidados personales en una proporción muy elevada (84% de los que padecen alguna de estas discapacidades) aquellas personas cuya capacidad para realizar las tareas del hogar se encuentra mermada. En el otro extremo, entre las personas que teniendo alguna discapacidad no requieren ayuda personal, se encuentran aquellos que declaran tener problemas relacionados con la visión y la audición (Cuadro 67).

La recepción de ayudas de tipo técnico es muy diferente a la de la asistencia personal. Las personas afectadas en las actividades que requieren desplazamientos en general (es decir, dentro del hogar, levantarse, acostarse, permanecer de pie, trasladar objetos no muy pesados ...) y aquellos externos al hogar, la audición y cuidar de sí misma son aquellos que hacen un mayor uso de aparatos e instrumentos técnico que ayuden a solventar o a aliviar las limitaciones existentes en dichas actividades (36% en el caso de ellos con problemas de desplazarse (excluyendo fuera del hogar)). A estas personas junto con las que padecen discapacidades que limitan los desplazamientos fuera del hogar, en este franje de edad las ayudas técnicas son unos 10% más frecuentes. En el caso de las discapacidades que afectan a relacionarse con otras personas, discapacidades cognitivas, la comunicación y la realización de las tareas del hogar son aquellos casos en los que la ayuda técnica juega un papel muy menor (Cuadro 67).

**Cuadro 67. Población de 65-79 años según el tipo de discapacidad que padece y el tipo de cuidado que recibe, por sexo. España, 1999.**

Grupo de discapacidad	N	Sólo ayudas técnicas	Sólo asistencia personal	Ayudas técnicas y personal	No recibe ayuda alguna	n.s. / n.c.	Total
Ver	418.808	11%	0%	0%	87%	2%	100%
Oír	391.001	28%	0%	0%	70%	2%	100%
Comunicarse	121.909	2%	13%	1%	84%	1%	100%
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	161.403	0%	24%	1%	73%	3%	100%
Desplazarse	477.456	20%	24%	16%	38%	2%	100%
Utilizar brazos y manos	389.518	4%	36%	3%	55%	2%	100%
Desplazarse fuera del hogar	798.833	16%	25%	13%	44%	2%	100%
Cuidar de sí mismo	245.293	2%	75%	11%	10%	2%	100%
Realizar las tareas del hogar	559.040	2%	79%	5%	12%	2%	100%
Relacionarse con otras personas	163.756	0%	16%	1%	77%	7%	100%
Total	3.727.017	11%	31%	7%	49%	2%	100%

Fuente: EDDES99.

Finalmente, quienes reciben simultáneamente ayudas personales y ayudas técnicas son una proporción ligeramente más alta que entre los adultos de 30-44 y 45-64 años, pero siguen siendo escasos (7%). No obstante, la proporción es más relevante cuando se observa únicamente a quienes tienen problemas para desplazarse dentro del hogar y cuidar a sí mismo, así como los que tienen dificultades para desplazarse fuera del hogar (16%, 11 y 13% respectivamente).

### **4.5.3. Impacto en los hogares**

---

Tal y como se apuntaba en la parte introductoria de este capítulo, existen notables diferencias entre la población masculina y femenina de este grupo de edad en cuanto a la forma de convivencia se refiere. La mayor esperanza de vida femenina y la diferencia de edad entre los cónyuges (los maridos tienden a ser más mayores que sus esposas) son los factores principales que hacen que la composición de los hogares de los hombres y las mujeres de 65-79 años sea sensiblemente diferente. Estas disparidades, como puede apreciarse en el Cuadro 68 y en la Tabla Anexo 58, se repiten tanto entre aquellos que no padecen ningún tipo de discapacidad como entre los que sí, y también entre los que reciben alguna asistencia personal como entre aquellos que requieren de ayudas técnicas.

La forma de hogar más común para esta edad, tanto entre hombres como entre las mujeres, es aquella formada por un matrimonio o pareja y con el cual no conviven los hijos. Es decir, el hogar predominante en esta etapa vital es aquel que se corresponde con la etapa de "nido vacío", del cual, se han emancipado ya los hijos (si es que los hubo). No obstante, este tipo de hogar, e incluso aquel formado por la pareja/cónyuge y los hijos, son más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres de 65-79 años (junto cuenta para la situación entre 73% de los hombres y sólo 48% de las mujeres). Ellas, por su parte, viven en más ocasiones solas (en 22% de los casos frente a un solo 7% entre los hombres), en hogares que carecen de núcleos (6% frente a 3%), o incluso conviviendo con alguno de sus hijos adultos solteros (8% contra 2% en hogares monoparentales).

Puede observarse que los que sólo reciben ayudas técnicas son una proporción más alta entre quienes viven solos, independientemente del sexo. Por el contrario son una proporción escasa entre quienes padecen discapacidades y viven en hogares extensos. En este último caso, las probabilidades de recibir ambos tipos de ayuda son más altas y, por el contrario, quienes tienen menos proporción en esta categoría son los hombres que viven solos y las mujeres que lo hacen en hogares monoparentales. En cambio no parece en la categoría de quienes reciben ayudas personales haya diferencias relevantes en función del sexo o del tipo de hogar.

**Cuadro 68. Población de 65-79 años con y sin discapacidad, según el tipo de ayuda que reciben, por sexo y tipo de hogar. España, 1999**

Hombres						
Tipología del hogar	Sin discapa- cidad	Con discapa- cidad	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	6,4%	8,2%	7,5%	10,0%	4,9%	9,0%
Sin núcleo	2,5%	3,1%	2,5%	3,0%	5,3%	2,6%
Monoparental	2,5%	2,4%	2,9%	3,3%	4,2%	1,3%
Pareja sin hijos	44,9%	48,4%	45,7%	49,4%	47,0%	49,9%
Pareja con hijos	28,6%	22,3%	21,8%	21,4%	18,6%	24,2%
Extenso	9,5%	10,0%	12,8%	7,4%	14,5%	8,0%
Polinuclear	5,6%	5,6%	6,8%	5,6%	5,5%	5,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	1.739.091	502.396	113.652	86.931	75.856	225.957
Mujeres						
Tipología del hogar	Sin discapa- cidad	Con discapa- cidad	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	20,4%	25,8%	21,9%	32,7%	26,0%	26,9%
Sin núcleo	6,0%	6,4%	6,2%	7,5%	6,7%	6,2%
Monoparental	7,9%	9,2%	10,5%	7,6%	7,3%	9,6%
Pareja sin hijos	34,2%	31,6%	30,1%	34,6%	25,3%	34,8%
Pareja con hijos	15,6%	10,4%	10,6%	8,2%	11,9%	10,2%
Extenso	11,5%	12,3%	14,7%	6,3%	17,7%	9,6%
Polinuclear	4,4%	4,2%	5,9%	3,2%	5,0%	2,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	1.994.860	818.137	272.775	105.237	142.781	297.344

Fuente: EDDES99.

Estos datos muestran como, además del efecto existente por el sexo, la edad influye de forma fundamental sobre la forma de convivencia de la población en este tramo de edad. Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, e independientemente de si existe algún tipo de limitación que afecte a la actividad de dichas personas, los hogares solitarios crecen de forma significativa a medida que aumenta la edad. Incluso en el caso de que las personas con alguna discapacidad requieran de cuidados personales o de alguna ayuda técnica la proporción de aquellos que viven solos va creciendo a medida que van cumpliendo años (Tabla Anexo 59).

Entre los varones otra de las formas de convivencia que aumenta en estas edades, tanto entre aquellos que padecen discapacidad como entre los que reciben alguna ayuda, es la compuesta por un matrimonio o pareja sin hijos. Entre las mujeres que viven en este tipo de hogares, sin embargo, la franja de edad de 70-74 años constituye un límite, a partir del cual, la convivencia junto con el cónyuge o la pareja comienza a ser menos frecuente. Por lo tanto, los

hombres viven durante más tiempo y cada vez más junto con su pareja, mientras que para las mujeres, la mayor esperanza de vida respecto a sus compañeros hace que, a partir de los 70 años la convivencia con su pareja comience a descender.

Los hombres y mujeres en estas edades que viven en hogares nucleares con hijos solteros va en disminución conforme aumenta su edad. Este descenso se produce tanto en toda la población: entre los que tienen discapacidades, los que reciben ayuda personal, técnica e incluso la población que no padece ningún tipo de discapacidad. La disminución de este tipo de hogar es más acusada entre las mujeres (y sólo contiene 6% de la población femenina entre 75 y 79 años).

Entre aquellos que sí padecen alguna discapacidad, y sobre todo entre los que requieren algún tipo de ayuda, destaca el aumento de los hogares más extensos (extensos y polinucleares) conforme aumenta la edad de los afectados. Este tipo de hogares, tal y como se ha señalado anteriormente, son consideradas como las típicas formas tradicionales de "acogimiento familiar", a través del cual el núcleo familiar de los hijos ,acoge, a alguno o varios de los progenitores en su vivienda. En el caso de los hombres este aumento resulta más discreto que en el de las mujeres. Aquellos que reciben ayuda personal y que viven en alguno de estos hogares, pasan de ser a los 65-69 años un 20% a constituir el 21% a los 74-79 años. Ellas, por su parte, en el mismo tramo de edad aumentan su proporción de un 17% al 24%.

Por lo tanto, podemos concluir que los hombre que cuentan entre 64-79 años viven generalmente únicamente con sus parejas, y en menor medida con su cónyuge y sus hijos. Las mujeres, por su parte, también viven en la mayoría de los casos junto con su cónyuge, sobre todo en las primeras edades de la franja estudiada. A medida que aumenta la edad, sin embargo, tienden a vivir solas en hogares unipersonales, tanto en los casos en los que tienen alguna discapacidad, como en aquellos en los que reciben algún tipo de ayuda. Entre las mujeres entre 75 y 79 años cuando la discapacidad requiere algún tipo de cuidado, los hogares extensos y polinucleares se hacen más frecuentes.

Como entre los adultos de 45-64 años, el número medio de personas que convive en los hogares de las mujeres es menor que en los de los varones, independientemente de si padecen o no alguna discapacidad o el tipo de ayuda que reciben (Cuadro 69). Lógicamente, por motivos de los antedichos cambios de la estructura del hogar, para ambos sexos, el aumento de la edad trae consigo una disminución del tamaño medio del hogar en cada caso en los que se encuentre la persona en cuestión (que se encuentre limitada en alguna actividad, que reciba asistencia personal...), pero sobre todo cuando se refiere a las personas sin discapacidad y a quienes sólo reciben ayuda técnica (aproximadamente una persona por hogar menos). Entre quienes reciben ayuda personal únicamente o en combinación con ayuda técnica, el descenso es casi de 0,7 personas y por eso, entre la población con discapacidad hay más diferencias en el tamaño promedio del hogar según el tipo (o la ausencia) de ayuda que entre los adultos maduros, sobre todo entre las mujeres. Mientras el número medio de personas que componen los hogares de la población sin y con discapacidad es un, respectivamente 2,7 y 2,6 personas por hogar para hombres y 2,4 y 2,3 personas por hogar para mujeres, en el caso de las mujeres que sólo recibe ayuda técnica o a ellas que no recibe ayuda alguna, los promedios son sólo 2,1 y 2,2, respectivamente.

**Cuadro 69. Tamaño medio del hogar, según se padezca discapacidad y se reciba ayuda. España, 1999, personas de 65-74 años.**

	Hombres			Mujeres		
	N	Media	Desv. típica	N	Media	Desv. típica
Padece alguna discapacidad						
No	1.739.091	2,75	1,24	1.994.860	2,45	1,32
Sí	502.396	2,63	1,23	818.137	2,35	1,35
Ayudas recibidas						
Sólo ayuda técnica	86.931	2,58	1,27	105.237	2,06	1,15
Sólo ayuda personal	113.652	2,72	1,26	272.775	2,54	1,47
Ayuda técnica y personal	75.856	2,74	1,26	142.781	2,55	1,49
No recibe ayuda	225.957	2,57	1,18	297.344	2,18	1,17

Fuente: EDDES99.

#### 4.5.4. Cuidados especiales y cuidadores

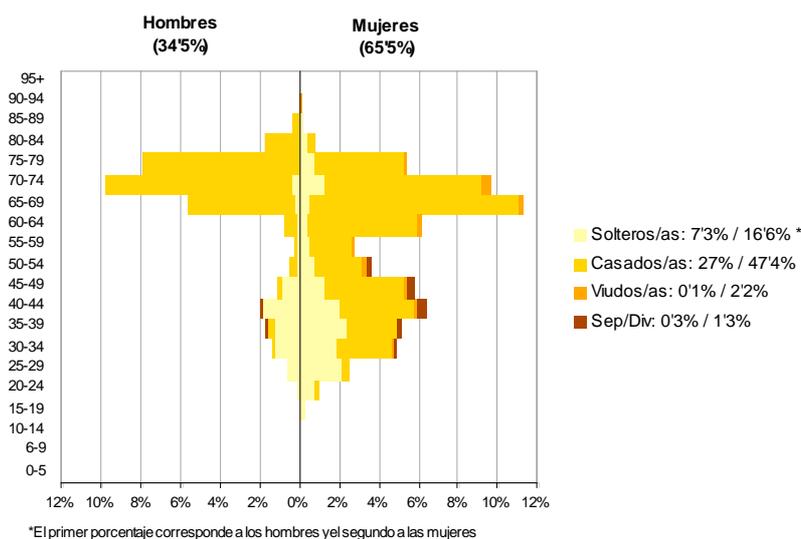
La población entre 65 y 79 años que padece algún tipo de discapacidad cuenta con dos grupos principales de personas que se dedican a prestar la asistencia personal que requieren. El grupo mayoritario de cuidadores (el 53%) está compuesto por personas que también cuentan con más de 65 años de edad, tanto hombres y mujeres, casados en su gran mayoría y que se sitúan en la parte superior de la pirámide representada en el 12. El segundo grupo, el resto de los cuidadores, está compuesto sobre todo por mujeres adultas, casadas, aunque también por hombres y mujeres adultos solteros.

La edad media de los cuidadores principales de este grupo de personas es elevada, de 58,9 años. Sin embargo, las diferencias de edad entre los cuidadores varones y las cuidadoras femeninas es notable: mientras que la media de edad entre ellas es de 55,6 años, entre los hombres que se dedican a realizar dicha tarea la edad es bastante más elevada, de 65,2 años. Uno de los elementos a tener en cuenta para entender esta diferencia de edad es la disparidad existente en la edad de las esposas y los maridos, ya que a estas edades, como se verá más adelante, los cuidadores se encargan principalmente de prestar cuidados a sus cónyuges.

También existen diferencias en la edad del cuidador dependiendo de su estado civil. Si los cuidadores están casados, su edad es más elevada, sobre todo en el caso de los hombres que cuidan de sus esposas (71,8 años de media). Los cuidadores más mayores, sin embargo, son aquellos que ya han enviudado. El número de personas que una vez perdido a su cónyuge se dedica a prestar asistencia personal de forma principal a una tercera persona es muy escaso, pero la edad de los que lo hacen resulta muy significativa: en el caso de las mujeres alcanza los 63,9 años y en el caso de que los cuidadores sean hombres, la edad media se eleva nada más y nada menos que 78,5 años. A excepción de

los solteros y los separados o divorciados que ejercen el rol de cuidadores, podemos afirmar que las personas que se dedican al cuidado de los mayores entre 65-79 años, son también mayores.

**Gráfico 12: Cuidadores Principales de personas de 65-79 años, por edad, sexo y estado civil. España, 1999.**



Fuente: EDDES99.

Las disparidades entre los cuidadores principales no solo se limitan al sexo, la edad o el estado civil. El nivel de instrucción alcanzado y la relación con la actividad también constituyen características diferenciadoras entre unos y otros.

Existen diferencias significativas en la educación alcanzada por los dos grupos de cuidadores que se han señalado. El grupo de cuidadores mayores que superan los 45 años se caracterizan por tener unos niveles muy bajos de instrucción: la gran mayoría de ellos no tiene ningún tipo de estudios o cuenta con estudios primarios (87% del total). El nivel de instrucción alcanzado por la población, en general, y los cuidadores, en particular, que se encuentran por debajo de esta franja de edad es marcadamente diferente. Aunque todavía predominan aquellos que terminaron como máximo los estudios primarios (45%), la gran diferencia se encuentra entre aquellos que poseen estudios de segundo grado o más. Por ejemplo, en el caso de los cuidadores menores de 45 años, la proporción con nivel profesional o universitaria es de alrededor del 23%, mientras para la población 45+ es un solo un 9% (Tabla Anexo 61). Estas diferencias se deben a un efecto de generación. A medida que la edad de los cuidadores sea menor, el nivel de instrucción alcanzado será mayor. Por último, cabe señalar que a misma edad, la educación alcanzada por los hombres es sólo un poco superior a la de las mujeres.

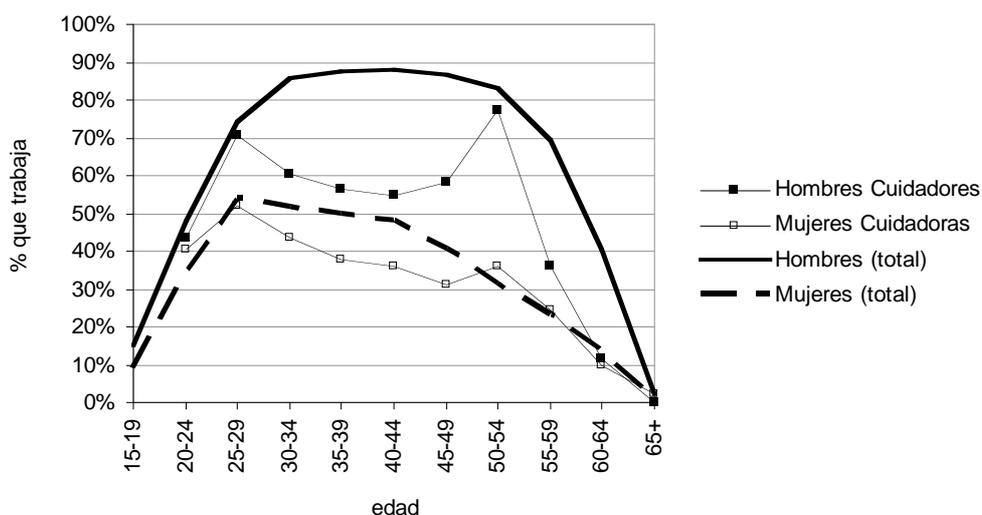
La segunda de las características a la que hacíamos referencia, y que constituye parte del objetivo principal de este estudio, es la relación con la actividad de las personas que se dedican a proveer la asistencia y el cuidado. Unos primeros datos nos muestran las múltiples diferencias existentes en la ocupación o en la relación con la actividad, dependiendo de si dichas personas son hombres o mujeres, o si se dedican a realizar tareas de cuidado.

En el conjunto de la población la actividad, en general, y la ocupación resultan más elevadas para los hombres que para las mujeres. Mientras que prácticamente 7 de cada 10 de hombres españoles en edad económicamente activa se encontraban ocupado en 1999, solamente un 38% de las mujeres contaba con un trabajo remunerado. La proporción de ocupación entre los cuidadores que se responsabilizan de atender a las personas de 65-79 años con discapacidad era muy escasa (14% para hombres y 20% para mujeres). Hay que recordar que muchos de los que se dedican a cuidar a este grupo de personas superan ya los 65 años, por lo que la población potencialmente activa es mucho menor que en el conjunto de la población (Cuadro 70).

La proporción de ocupación de los hombres cuidadores es, por primera vez, más baja que de las mujeres, pero estos datos globales esconden un efecto de edad importante: el 74% de los cuidadores ha rebasado la edad de jubilación frente a 42% de las cuidadoras. En cambio, si observamos la proporción de ocupados de los cuidadores varones en grupos quinquenales de edad, podemos comprobar que es superior a la de las mujeres en todos los intervalos de edad (Gráfico 13). En el caso de grupos de edad 16-44 y 45-64 esa diferencia es cerca de 20% (Cuadro 70). La elevada proporción de mujeres cuidadoras en las edades laborales que cuidan a personas de 65-79 años hace, sin embargo, que la proporción de cuidadoras ocupadas sea superior al de cuidadores ocupados.

Lo más frecuente entre los hombres cuidadores es estar jubilado: prácticamente 7 de cada 10 hombres cuidadores lo están. Entre las mujeres, sin embargo, predominan aquellas que declaran dedicarse a las tareas del hogar (Cuadro 70 y Tabla Anexo 62).

**Gráfico 13: Proporción de ocupación de la población total y de los Cuidadores Principales (de personas de 65-79 años), según la edad y el sexo. España, 1999.**



Fuente: EDDDES99.

**Cuadro 70. Población total y Cuidadores Principales de personas entre 65 y 79 años, según el sexo, la edad (16+) y la relación con la actividad. España, 1999.**

Relación con la actividad económica	Cuidadores Principales (16+) de personas de 65-79 años											
	Hombres				Mujeres				Total			
	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total
<b>Ocupados</b>	<b>58.0%</b>	<b>46.0%</b>	<b>0.1%</b>	<b>14.0%</b>	<b>40.3%</b>	<b>24.0%</b>	<b>2.0%</b>	<b>19.8%</b>	<b>44.4%</b>	<b>27.0%</b>	<b>1.1%</b>	<b>17.8%</b>
Trabajando	56,9%	38,2%	0,1%	13,2%	39,4%	23,3%	2,0%	19,3%	43,5%	25,3%	1,1%	17,2%
Empleado pero temporalm. ausente	1,1%	7,8%	0,0%	0,8%	0,9%	0,7%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>No ocupados</b>	<b>42.0%</b>	<b>54.0%</b>	<b>99.9%</b>	<b>86.0%</b>	<b>59.7%</b>	<b>76.0%</b>	<b>98.0%</b>	<b>80.2%</b>	<b>55.6%</b>	<b>73.0%</b>	<b>98.9%</b>	<b>82.2%</b>
Parados	26,7%	22,4%	0,0%	6,5%	25,0%	8,9%	0,0%	10,1%	25,4%	10,8%	0,0%	8,8%
Incapacitados/percibiendo pensión	12,3%	14,4%	9,7%	10,5%	1,5%	8,1%	8,2%	6,1%	4,0%	8,9%	8,9%	7,6%
Jubilados	0,0%	17,1%	89,3%	67,8%	0,0%	2,5%	34,8%	15,2%	0,0%	4,5%	61,2%	33,4%
Labores del hogar	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	32,0%	54,7%	49,8%	45,8%	24,6%	47,4%	25,8%	30,0%
Otra situación	3,1%	0,0%	0,7%	1,1%	1,2%	1,7%	5,2%	3,0%	1,6%	1,5%	3,0%	2,3%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
N	21.083	9.939	90.059	121.081	69.930	63.862	96.024	229.816	91.013	73.800	186.084	350.897
Relación con la actividad económica	Población total (16+)											
	Hombres				Mujeres				Total			
	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total
<b>Ocupados</b>	<b>68.8%</b>	<b>71.6%</b>	<b>2.3%</b>	<b>58.2%</b>	<b>42.9%</b>	<b>28.0%</b>	<b>0.8%</b>	<b>29.7%</b>	<b>56.0%</b>	<b>49.3%</b>	<b>1.5%</b>	<b>43.6%</b>
Trabajando	67,8%	69,6%	2,3%	57,1%	41,8%	27,1%	0,8%	28,9%	55,0%	47,9%	1,4%	42,6%
Empleado pero temporalm. ausente	1,0%	2,0%	0,1%	1,1%	1,1%	0,9%	0,0%	0,8%	1,0%	1,4%	0,0%	0,9%
<b>No ocupados</b>	<b>31.2%</b>	<b>28.4%</b>	<b>97.7%</b>	<b>41.8%</b>	<b>57.1%</b>	<b>72.0%</b>	<b>99.2%</b>	<b>70.3%</b>	<b>44.0%</b>	<b>50.7%</b>	<b>98.5%</b>	<b>56.4%</b>
Parados	10,7%	7,5%	0,1%	8,0%	15,0%	5,2%	0,1%	9,2%	12,8%	6,3%	0,1%	8,6%
Incapacitados/percibiendo pensión	1,9%	9,5%	10,8%	5,4%	1,1%	5,5%	9,3%	4,1%	1,5%	7,4%	9,9%	4,7%
Jubilados	0,0%	10,3%	85,8%	17,4%	0,0%	3,3%	39,7%	9,6%	0,0%	6,7%	59,1%	13,4%
Labores del hogar	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	20,5%	55,3%	34,2%	32,7%	10,2%	28,3%	19,9%	16,9%
Otra situación	18,5%	1,1%	0,9%	10,9%	20,4%	2,7%	15,8%	14,7%	19,4%	1,9%	9,5%	12,8%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
N	8.964.047	4.260.891	2.713.905	15.938.842	8.741.033	4.444.928	3.724.717	16.910.678	17.705.079	8.705.819	6.438.622	32.849.520

Fuente: EDDDES99; los datos que corresponden a esta tabla se encuentra en la Tabla Anexo 62 y Tabla Anexo 78.

¿Pero quién es la persona, el miembro de la familia, que toma la responsabilidad de asistir y proporcionar los cuidados principales a aquellos que así lo requieren?

Efectivamente, la mayoría de los que adquieren el rol de cuidador son miembros familiares que viven en el mismo hogar que la persona afectada. Alrededor de un 61% de las personas que padecen alguna discapacidad reciben algún cuidado por parte de personas que viven y forman parte de su mismo hogar y algo más de un 45% obtienen ayuda personal de personas que no viven en su hogar. La gran mayoría de las personas externas al hogar, el 40%, son familiares directos del mismo<sup>49</sup> (la EDDDES99 considera que cada persona que padece una discapacidad, puede tener más de un cuidador, pero solamente uno de ellos es recogido como Cuidador Principal).

En el caso del cuidado a las personas entre 65-79 años que requieren ayuda personal esta primacía familiar es aún más acusada. El 75% tienen como cuidador principal a algún familiar. La mayoría de dichos cuidadores (el 57%) forman parte, también, del grupo familiar y del hogar de la persona afectada. El resto, un 31%<sup>50</sup>, son personas que residen en una vivienda diferente a la de la persona que recibe la ayuda. 6 de cada 10 cuidadores principales que viven en un hogar diferente son familiares de la persona afectada, mientras que el resto, algo menos del 40% son empleados privados o pertenecientes a los servicios sociales, amigos o incluso vecinos.

La gran mayoría (62,2%) son, además, familiares directos incluidos los cónyuges. Éstos últimos, cuidan del 32% del total de personas afectadas en este tramo de edad. Las hijas se ocupan en una cuarta parte de los casos, aunque en muchas de las ocasiones se desplazan al hogar de la persona que requiere la ayuda, ya que no conviven en la misma vivienda. Los hijos varones se hacen cargo del cuidado de sus progenitores en menor medida que las hijas, tan solo en un 5% de los casos. Lógicamente, las madres y los padres cuidadores de estas personas mayores, son prácticamente inexistentes. En el resto de los casos son otros familiares, en los que se incluye los hermanos y las hermanas, yernos y nueras los que toman la responsabilidad principal de proveer los cuidados necesarios (Cuadro 71).

Los cuidadores profesionales, tanto si son empleados privados como si pertenecen a los servicios sociales, realizan esta labor de forma principal en más del 10% de los casos. Los cuidados provenientes del sector privado, sin embargo, son significativamente superiores que los del sector público. Por último, cabe destacar la labor realizada por amigos y vecinos, que se responsabilizan en más del 2% de los casos.

---

<sup>49</sup> Los porcentajes citados no suman el 100%, ya que se refieren al total de cuidadores, tanto los principales como los que no lo son. Cada persona afectada por una discapacidad puede poseer más de una persona de la cual reciba ayuda personal.

<sup>50</sup> Existen un 11% de cuidadores principales de los cuales no se puede determinar este tipo de información.

**Cuadro 71. Cuidadores Principales de las personas de 65-79 años, según convivencia y relación de parentesco con el sujeto receptor. España, 1999**

	N			%		
	TOTAL	En el hogar	Fuera del hogar	TOTAL	En el hogar	Fuera del hogar
Cónyuge	193.791	193.791	-	36,0%	36,0%	-
Marido	90.529	90.529	-	16,8%	16,8%	-
Esposa	103.263	103.263	-	19,2%	19,2%	-
Hija	151.500	79.641	71.859	28,1%	14,8%	13,3%
Hijo	30.796	23.854	6.943	5,7%	4,4%	1,3%
Madre	322	322	-	0,1%	0,1%	-
Padre	-	-	-	-	-	-
Hermana	16.926	16.926	-	3,1%	3,1%	-
Hermano	2.128	2.128	-	0,4%	0,4%	-
Otro pariente	63.330	28.201	35.129	11,8%	5,2%	6,5%
Huésped	46.548	1.723	44.825	8,6%	0,3%	8,3%
Amigos y vecinos	12.566	-	12.566	2,3%	-	2,3%
Empleado	455	455	-	0,1%	0,1%	-
Servicios sociales	16.384	-	16.384	3,0%	-	3,0%
Otra relación	3.968	3.968	-	0,7%	0,7%	-
<b>Total</b>	<b>538.714</b>	<b>351.010</b>	<b>187.705</b>	<b>100,0%</b>	<b>65,2%</b>	<b>34,8%</b>
No se puede determinar/ no consta	66.349			11,0%		
<b>Total CP</b>	<b>605.064</b>					

Fuente: EDDES99.

La gran mayoría de los familiares que se dedican a prestar cuidados a la población entre 65-79 años ya no se encuentra económicamente activa<sup>51</sup>. Tan sólo el 17,8% está ocupado. La gran mayoría se encuentra jubilado o se dedica a las labores del hogar<sup>52</sup>. Existen diferencias notables en la relación con la actividad dependiendo del sexo de la persona cuidadora. En el caso de que los cónyuges sean los cuidadores, la proporción de ocupados es muy escasa, ya que la mayoría de ellos supera también los 65 años (datos en el anexo estadístico). Los maridos tienden a estar jubilados, mientras que las mujeres declaran dedicarse a tareas domésticas (Cuadro 72).

En el caso de que sean los hijos los que se encargan de sus progenitores, las cosas cambian, ya que todavía se encuentran en edades activas. El sexo, sin embargo, marca diferencias notables en cuanto a la relación con la actividad. Los hijos varones están en su mayoría (más del 85%) activos, y sobre todo, trabajando. La proporción de hijas que se declaren económicamente activas, sin embargo, es muy inferior a la de ellos, del 60%, aunque las que se encuentran ocupadas apenas constituyen el 38% del total de hijas cuidadoras. Las hijas que

<sup>51</sup> Los datos se refieren a los cuidadores principales que viven en el mismo hogar que la persona afectada, ya que no se dispone de datos relativos a la actividad de los cuidadores que viven en una vivienda distinta a la del receptor de los cuidados.

<sup>52</sup> No se incluyen las personas contratadas para realizar tareas domésticas.

cuidan de sus progenitores de 65-79 años y se dedican a las labores del hogar resultan casi tan numerosas como las que trabajan (Cuadro 72).

**Cuadro 72. Cuidadores Principales de las personas de 65-79 años que conviven con el receptor, según su relación con la actividad. España, 1999**

	Ocupados	Parados	Incapacitados o percibiendo alguna pensión	Jubilados	Labores del hogar	Otra situación	Total	N
Marido	0,9%	0,5%	9,8%	88,2%	0,0%	0,6%	100%	90.529
Esposa	4,2%	0,8%	9,8%	22,9%	59,3%	3,0%	100%	103.263
Hija	38,3%	22,1%	2,2%	0,0%	35,6%	1,7%	100%	79.641
Hijo	57,1%	28,4%	12,4%	0,0%	0,0%	2,0%	100%	23.854
Hermano/a	6,2%	3,8%	10,8%	50,3%	17,6%	11,3%	100%	19.054
Madre	0,0%	0,0%	26,8%	0,0%	0,0%	73,2%	100%	322
Padre	-	-	-	-	-	-	-	0
Otro	30,9%	16,2%	3,0%	10,2%	38,4%	1,3%	100%	28.173
Otro relación	51,9%	2,6%	1,3%	19,2%	25,0%	0,0%	100%	6.147
<b>Total</b>	<b>17,8%</b>	<b>8,8%</b>	<b>7,6%</b>	<b>33,4%</b>	<b>30,0%</b>	<b>2,4%</b>	<b>100%</b>	<b>351.010</b>

Fuente: EDDES99.

Nota: Las proporciones tienen en cuenta solamente los cuidadores principales que viven en el mismo hogar que la persona afectada, ya que para el resto de los cuidadores no se disponen este tipo de datos. Se encuentra los datos en más detalle en Tabla Anexo 64.

En el caso de que los cuidadores sean hermanos o hermanas la tendencia se mantiene. En estos casos también, la edad de muchos de los cuidadores supera los 65 años (datos en el anexo estadístico). Los hermanos varones tienden a estar más jubilados que las hermanas, mientras que la dedicación a las tareas domésticas es más común entre ellas. Los familiares que quedan sin identificar (los "otros parientes") son en su gran mayoría mujeres en edades activas, entre 20 y 54 años (datos en el anexo estadístico). Los pocos hombres cuidadores que constituyen otro tipo de familiares se encuentran también es su mayoría en edades activas. La mayoría de ellos trabaja o busca empleo activamente (61,6% y 16,8% respectivamente), mientras que entre ellas, la gran mayoría (44%) declara dedicarse a las labores del hogar. No obstante, una buena proporción se encuentra dentro del mercado laboral, ya sea trabajando (26%) o buscando empleo (16%).

Como consecuencia del trabajo que implica la tarea de cuidar, muchas de las actividades que realizaban las personas que se responsabilizan de llevar a cabo la tarea de cuidar, han de ser limitadas. Tal y como muestra el Cuadro 73, las mujeres son las que más deben limitar el resto de las actividades de su vida cotidiana. 14 de cada 100 han abandonan su trabajo remunerado o los estudios, el 27% debe de reducir el tiempo dedicado a las tareas domésticas, un 22% limita el tiempo dedicado a su familia, pero sobre todo, reducen las actividades que antes dedicaban al ocio o a la vida social (42%). En cambio hay menos hombres que reducen el tiempo de su trabajo remunerado, aunque las actividades de ocio y de relaciones sociales son las más resentidas por esta labor (36%).

Las que más abandonan o reducen su trabajo son las hijas. Deben de limitar todo tipo de actividades de su vida, y el trabajo remunerado o los estudios constituyen parte de la reducción de más de una cuarta parte de ellas, cifra, que supera con creces a la de cualquier otro pariente cuidador.

**Cuadro 73. Cuidadores Principales de las personas de 65-79 años que conviven con la persona afectada, según su parentesco, el sexo y el tiempo que han tenido que reducir para prestar cuidados. España, 1999**

		Trabajo remunerado o estudios	Trabajo doméstico	Vida familiar	Actividades de ocio o relaciones sociales	Otras actividades habituales	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad por ser su trabajo	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad especial	N
Cónyuge	Hombres	1,8%	5,2%	10,5%	32,7%	17,7%	-	56,6%	90.529
	Mujeres	5,2%	29,6%	20,0%	40,3%	18,7%	-	45,9%	103.263
Hija		26,1%	23,2%	23,3%	45,5%	25,9%	-	32,8%	79.641
Hijo		12,3%	2,6%	10,6%	49,1%	31,4%	-	39,4%	23.854
Hermana		8,9%	25,9%	22,7%	38,2%	19,0%	-	45,3%	16.926
Hermano		-	6,4%	29,3%	41,4%	26,7%	-	32,9%	2.128
Madre		-	26,8%	26,8%	26,8%	26,8%	-	73,2%	322
Otro pariente	Hombres	8,9%	6,7%	6,7%	31,0%	23,5%	-	58,6%	3.829
	Mujeres	16,4%	36,2%	31,6%	49,9%	31,4%	-	35,3%	24.372
Otro relación		5,3%	20,7%	15,7%	13,2%	5,1%	19,7%	49,5%	6.147
Total	Hombres	4,1%	4,8%	10,8%	36,1%	20,9%	-	52,8%	121.081
	Mujeres	13,9%	27,7%	22,5%	42,2%	22,1%	0,5%	40,3%	229.928
	Total	10,5%	19,7%	18,5%	40,1%	21,7%	0%	44,6%	351.010

Fuente: EDDES99.

## 4.6 Muy Mayores (80 y más años)

En 1999 la población de 80 y más años ascendía a 1.380.039 personas. La gran mayoría de estas personas, nada más y nada menos que 911.720 (el 66%) eran mujeres. La EDDES99 recogió información sobre todas ellas, aunque hay que tener en cuenta que la encuesta, se limita a recabar información sobre las personas que viven en hogares familiares por lo que no incluye información sobre todos aquellos mayores que residían en viviendas colectivas, tales como las residencias para ancianos.

La población excluida por la EDDES99, es decir, la población residente en viviendas colectivas, no es exclusivamente mayor. En todas las edades, tal y como muestran los datos obtenidos a través de los censos, existen personas que residen habitualmente en diferentes tipos de viviendas colectivas (datos en el anexo estadístico). El censo de 2001, el más cercano a la fecha de la realización de la encuesta, computó un total de 251.510 personas que residían en viviendas colectivas. Aquellos que lo hacían en residencias en las que tradicionalmente han vivido personas que podían requerir ayuda asistencial como consecuencia de diversos problemas funcionales<sup>53</sup> ascendían a 187.286 personas.

Existen varias fuentes más que estiman el número de personas que podrían estar institucionalizadas. Sin embargo, no resulta fácil realizar una estimación precisa del número de personas que residen en viviendas colectivas y que padecen algún tipo de discapacidad o que requieran de asistencia como consecuencia de dichas discapacidades. Los motivos principales son dos. Por un lado no existe todavía una definición operativa homogénea a partir de la que se pueda realizar el cómputo de las personas que padecen alguna discapacidad o de aquellos que se encuentren en situación de dependencia. Por otro lado, y como consecuencia de éste primer problema, todavía no existen en España un recuento específico y sistemático que compile información sobre los usuarios del total de residencias.

El informe "Las personas mayores en España. Informe 2000" publicado por el IMSERSO y el Observatorio de las personas Mayores<sup>54</sup>, calcula que en 1999 existían 198.358 plazas residenciales disponibles para personas mayores en España, aunque no proporciona datos sobre el número de personas que hacían uso de dichas plazas. Por otro lado, el Libro Blanco de la dependencia publicado en 2004 por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales estimaba en 200.000 las personas que se encontraba alojada en residencias y que podría estar en algún tipo de situación de dependencia. Estas cifras se refieren al total de la

---

<sup>53</sup> Se ha calculado el total de personas que residía en hospitales generales y especiales de corta estancia, hospitales psiquiátricos, hospitales de larga estancia, asilos o residencias de ancianos, instituciones para personas con discapacidades, otras instituciones de asistencia social a la infancia, juventud... e instituciones religiosas (monasterios, abadías...).

<sup>54</sup> El IMSERSO, a través de su Portal de Mayores especializado en gerontología y geriatría realiza anualmente un informe que se publica con este mismo nombre, 'Las personas mayores en España' y que pueden ser consultados en su página web (<http://www.imsersomayores.csic.es/>).

población, por lo que tampoco proporcionan información sobre el número de mayores que se encontraría en esta situación.

No obstante, no podemos afirmar que el total de personas a las que estas fuentes hacen referencia (excepto los citados en el Libro Blanco) padecieran algún tipo de discapacidad o que residieran en dichos centros por requerir algún tipo de asistencia socio-sanitaria. Existen estudios (Bazo, 1991) que revelan la independencia propia respecto a la familia y el deseo de dejar en libertad a los familiares como factores de institucionalización de algunas de las personas mayores institucionalizadas en residencias propias para ancianos, y por lo tanto, que niegan la hipótesis de que todos los mayores institucionalizados lo están debido a que requieren algún tipo de asistencia.

Hay que tener en cuenta también que la cobertura del sistema de atención residencia español se sitúa muy por debajo de la de otros países desarrollados. El porcentaje de plazas en residencia por cada 100 personas de 65 y más años se situaba en 1996 en 3,2. La gran mayoría de países del norte y centro de Europa, así como otros pertenecientes a la OCDE, como Japón, Estados Unidos o Canadá, cuentan con más de 5 plazas por cada 100 habitantes mayores de 64 años (datos y gráfico en el anexo estadístico).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, cabe señalar los resultados de, probablemente, los únicos datos que ofrecen información sobre la naturaleza de los usuarios de las residencias. Se trata de los datos obtenidos a partir de la Encuesta de condiciones de vida de los mayores de 2004<sup>55</sup>. Dicha encuesta incorpora un módulo especial que recopila información sobre las condiciones de vida de las personas que viven en residencias. El cuestionario pregunta a los encuestados sobre su capacidad para llevar a cabo ciertas actividades básicas de la vida diaria<sup>56</sup>. Los resultados que se obtienen arrojan que un 63% de la población encuestada no podía realizar alguna de las actividades señaladas o necesitaba alguna ayuda para poder llevarlas a cabo. Dicha proporción ascendía al 62% entre los que contaban entre 80-84 años, a 63,3% para los que tenían entre 85-89 años y al 76,5% entre los que superaban los 90 años (datos en el anexo estadístico). A partir de estos porcentajes, podrían realizarse ciertas estimaciones sobre el número de personas que estando en alguna residencia requirieran ayuda para realizar dichas actividades.

Sin embargo, a falta de una definición operativa homogénea del término de dependencia y de estadísticas concretas respecto a la naturaleza de los usuarios de plazas residenciales, es decir, datos que distingan si los residentes son autosuficientes de los que no lo son, o de datos que identifiquen las personas que padecen limitaciones en determinadas actividades de su vida diaria, es difícil calcular y estimar correctamente la población (ya sea total o de personas mayores) residente en viviendas colectivas y su situación respecto a la discapacidad, aspecto que omite la EDES99 pero a tener en cuenta a la hora de

---

<sup>55</sup> IMSERSO, 2004: Estudio 4.597. Puede consultarse en la página web (acceso en octubre de 2006): <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>

<sup>56</sup> Se inquiriere sobre la capacidad para comer, vestirse/desvestirse, asearse/arreglarse, andar por casa, levantarse/acostarse, bañarse/ducharse, hacer compras, controlar la medicación, utilizar el telefono, salir a la calle/desplazarse por la calle, administrar el dinero, hacer gestiones, ir al médico, abrocharse los zapatos y utilizar el retrete.

interpretar los datos que se arrojan de la encuesta y que se presentan en este informe.

#### 4.6.1. Situación respecto a la discapacidad

En 1999 la población de 80 y más años que convivía en hogares familiares y padecía algún tipo de discapacidad ascendía a 752.119 personas, 55% del total de mayores que residía en una vivienda familiar (Cuadro 74).

**Cuadro 74. Población total y con alguna discapacidad e 80 y más años, por edad y sexo, España, 1999**

	Población total			Población con discapacidad			% con discapacidad		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
80-84	280.653	499.911	780.564	120.382	250.319	370.701	42,9%	50,1%	47,5%
85-89	136.747	293.152	429.899	76.213	186.447	262.660	55,7%	63,6%	61,1%
90-94	40.205	97.079	137.284	26.196	65.400	91.596	65,2%	67,4%	66,7%
95+	10.714	21.578	32.292	8.622	18.541	27.162	80,5%	85,9%	84,1%
Total	468.319	911.720	1.380.039	231.413	520.706	752.119	49,4%	57,1%	54,5%

Fuente: EDDES99.

Los datos de el cuadro muestran grandes disparidades en cuanto a la discapacidad dentro del grupo de personas estudiadas, debidos a la edad y al sexo. Los más jóvenes del grupo, los de 80-84 años, son el grupo de población más numeroso. Más de la mitad de las personas que superan los 80, cuentan entre 80 y 84 años, por lo que la prevalencia de la discapacidad en esta franja de edad varía considerablemente la media relativa al grupo entero. En este grupo quinquenal de edad la discapacidad afecta a menos de la mitad de toda la población, alrededor del 43% de los hombres y a la mitad de las mujeres. A medida que se incrementa la edad de los afectados la discapacidad comienza a hacerse más frecuente, afectando a más del 60% de los mayores entre 85-89 años, a alrededor del 67% de los de 90-94 años y a más del 84% de los más mayores, los que cuentan con 95 o más años.

Además de la edad, la discapacidad afecta de forma distinta dependiendo del sexo. Las mujeres presentan una mayor proporción de casos de discapacidad que ellos en todos los grupos estudiados, diferencias que pueden llegar a alcanzar una distancia de un 8%. En estas edades, la superioridad numérica femenina es clara, ya que suponen el 66% del total de personas de 80 y más años.

Las discapacidades – Los más mayores, al igual que las personas en edades más jóvenes, manifiestan con más frecuencia discapacidad en las actividades que implican desplazamientos exteriores a su propio hogar, aunque en estas edades las personas con dificultades para realizar este tipo de actividades son

mucho más numerosas en términos relativos, nada más y nada menos que más del 73% de los mayores de 80 y más años que tienen discapacidad presentan este tipo de problemas y un 31% de la población general. En el caso de ellos utilizar diferentes medios de transporte público representan las actividades concretas más limitantes, afectando a más de 7 de cada 10 mayores y caminar en el exterior representa un problema para alrededor del 64% de ellos que tienen discapacidad.

El segundo grupo de actividades que más problemas implica en estas edades son aquellas relacionadas con las tareas domésticas (afecta al 65% de la población con discapacidad). Concretamente la limpieza y el mantenimiento de la casa (58%) y la limpieza de la ropa (52% de afectados) y realizar la comida (46,5%) son las más comunes.

El tercer grupo de actividades que más afecta a los mayores es aquel que implica los movimientos internos y corporales, en los cuales, se ven afectados más del 44% de las personas que superan los 80 años y que tienen discapacidad y un cuarto del total de las personas en esta edad. También comienzan a ser muy frecuentes aquellos que tienen problemas para tareas que implican el cuidado de uno mismo (alrededor del 42% de los discapacitados presenta alguna dificultad). La actividad que implica el aseo personal constituye dentro de este grupo, la tarea que más problemas entraña entre los mayores, nada más y nada menos que para el 39%.

La deficiencia que provoca las discapacidades – Las deficiencias que más frecuentemente originan las discapacidades de los más mayores son aquellas denominadas por la EDDES99 como "deficiencias múltiples", que incluyen, entre otras, las que se originan en procesos degenerativos relacionados con la edad, pero que no implican la anomalía o la pérdida de la función de un determinado órgano en concreto. Este tipo de deficiencias afecta a más del 38% de los mayores de 80 y más años que tiene discapacidad. Les siguen los problemas osteoarticulares que afectan a 36% de las discapacitadas (sobre todo de las extremidades inferiores que además afecta más a la población femenina). Siguen ocasionando muchos problemas la mala visión y la mala audición (al 29% y al 27% de los mayores, respectivamente). En quinto lugar, con casi 14% de las personas con alguna discapacidad y 7,6% de la población de esta edad, se encuentran las deficiencias mentales (especialmente demencias), que afecta alrededor del 10% de los mayores de 80 y más años, y sobre todo a las mujeres (76 y 67).

**Cuadro 75. Población de 80 y más años según el tipo de discapacidad, por sexo. España, 1999**

	% sobre el total de la población			% del total de las personas con discapacidad			% del total de las discapacidades		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Discapacidad									
Ver	18,6%	21,1%	20,2%	37,6%	36,9%	37,1%	10,7%	8,8%	9,3%
Oír	19,7%	20,0%	19,9%	39,8%	35,1%	36,5%	11,4%	8,4%	9,2%
Comunicarse	8,0%	11,1%	10,0%	16,2%	19,4%	18,4%	4,6%	4,6%	4,6%
Discapacidades cognitivas	9,6%	14,1%	12,5%	19,4%	24,6%	23,0%	5,5%	5,9%	5,8%
Desplazarse	19,3%	26,5%	24,1%	39,2%	46,4%	44,2%	11,2%	11,1%	11,1%
Utilizar brazos y manos	14,5%	20,5%	18,5%	29,4%	35,9%	33,9%	8,4%	8,6%	8,5%
Desplazarse fuera del hogar	31,5%	44,4%	40,0%	63,7%	77,7%	73,4%	18,2%	18,6%	18,5%
Cuidar de sí mismo	18,0%	25,5%	22,9%	36,4%	44,6%	42,1%	10,4%	10,7%	10,6%
Realizar las tareas del hogar	24,4%	41,2%	35,5%	49,4%	72,2%	65,2%	14,1%	17,3%	16,4%
Relacionarse con otras personas	9,4%	14,2%	12,6%	19,0%	24,9%	23,1%	5,4%	6,0%	5,8%
Total	49,4%	57,1%	54,5%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Numero de discapacidades							809.891	2.174.682	2.984.572
Población con discapacidad				231.413	520.706	752.119			
Poplación total	468.319	911.720	1.380.039						

Fuente: EDDES99.

**Cuadro 76. Población de 80+ años según la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	N	% sobre el total de la población	% total de deficiencias
Mentales	104.909	7,6%	8,6%
Visuales	220.126	16,0%	18,0%
Del oído	200.631	14,5%	16,4%
Del lenguaje, habla y voz	10.992	0,8%	0,9%
Osteoarticulares	273.757	19,8%	22,4%
Del sistema nervioso	64.848	4,7%	5,3%
Viscerales	58.542	4,2%	4,8%
Otras	286.833	20,8%	23,5%
Numero de deficiencias	1.220.638	88,4%	100,0%

Fuente: EDDES99

El origen de la deficiencia – Los problemas más frecuentes que se encuentran detrás del origen de las deficiencias son, al igual que entre los adultos, la población madura y mayor, las enfermedades comunes. En el caso de los más mayores, sin embargo, la importancia relativa de esta causa es mayor que en los casos precedentes, ya que prácticamente el 64% de las deficiencias tienen su origen en estos problemas. Además, la importancia relativa de las enfermedades comunes son muy parecidas entre los hombres y las mujeres. El resto de factores responsables son las calificadas como 'otras causas', que se encuentran detrás del 28% de las deficiencias. La gran presencia de ambas causas, que aglutinan más del 90% del total de factores causantes, dejan poco peso relativo al resto de los problemas, tales como los accidentes domésticos, causas congénitas, accidentes de tráfico o enfermedades profesionales (Cuadro 77 y Tabla Anexo 76)

Atendiendo a las deficiencias provocados por estos motivos, las enfermedades comunes causan, sobre todo, deficiencias osteoarticulares, viscerales (ambas suponen el 84% del total) y del lenguaje, habla y voz (82%), aunque también afectan a la mayoría de las otras deficiencias. La categoría "otra" causa de la deficiencia provoca sobre todo deficiencias de oído (28%), visuales (21%) y mentales (19%). Un resultado destacable es que los accidentes domésticos provocan, sobre todo, deficiencias del sistema nervioso (Cuadro 77)).

**La severidad de las discapacidades.** La población más mayor es, junto con la más joven (los de 16-29 años) la que presenta un grado de severidad más elevado. Ni más ni menos que el 41% de hombres y el 52% de mujeres declara no poder realizar las actividades en las que tiene alguna limitación. Es la primera vez además, que la proporción de mujeres supera a la de los hombres en esta situación. En el resto de la población la severidad era más elevada o grave entre los hombres. Entre los más mayores, sin embargo, esta pauta se invierte (Cuadro 78). En las edades más mayores, entre los que cuentan con 90 y más años, la discapacidad conlleva en la mayoría de los casos la incapacidad para realizar las actividades: la mitad de los hombres y dos tercios de las mujeres en estas edades declaran que no pueden realizarlas (Tabla Anexo 77).

**Cuadro 77. Población de 80+ años según la deficiencia y el problema que causó la deficiencia. España, 1999**

Deficiencia	Congénito	Problemas en el parto	Accidente de tráfico	Accidente doméstico	Accidente de ocio	Accidente laboral	Otro tipo de accidente	Enfermedad común	Enfermedad profesional	Otras causas	No respuesta	Total (N)
Mentales	1,0%	0,4%	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,2%	78,3%	0,4%	19,1%	0,0%	104.909
Visuales	1,6%	0,0%	0,2%	0,5%	0,2%	1,4%	1,8%	70,3%	0,6%	21,3%	2,1%	220.126
Del oído	2,6%	0,0%	0,1%	0,4%	0,1%	0,6%	2,0%	63,1%	1,8%	28,0%	1,3%	200.631
Del lenguaje, habla, voz	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	81,5%	0,0%	16,2%	0,0%	10.992
Del sistema nervioso	0,3%	0,0%	1,5%	7,9%	1,0%	1,4%	4,5%	68,4%	1,6%	13,3%	0,1%	273.757
Osteoarticulares	0,4%	0,0%	1,5%	2,3%	0,2%	0,8%	1,8%	84,1%	0,0%	9,0%	0,0%	64.848
Viscerales	1,8%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,6%	0,8%	83,9%	0,9%	11,4%	0,2%	58.542
Otras	0,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,1%	0,2%	0,0%	41,2%	0,2%	57,6%	0,1%	286.833
<b>Total (N)</b>	<b>12.193</b>	<b>494</b>	<b>6.236</b>	<b>26.487</b>	<b>4.300</b>	<b>9.466</b>	<b>21.960</b>	<b>781.553</b>	<b>11.044</b>	<b>339.094</b>	<b>7.811</b>	<b>1.220.638</b>
<b>Total (%)</b>	<b>1,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,5%</b>	<b>2,2%</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,8%</b>	<b>1,8%</b>	<b>64,0%</b>	<b>0,9%</b>	<b>27,8%</b>	<b>0,6%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: EDDDES99

**Cuadro 78. Distribución de la población de 80 y más años con discapacidad según su severidad máxima, por sexo. España, 1999.**

	Hombres	Mujeres	Total
Sin dificultad alguna	1,4%	0,9%	1,1%
Con dificultad moderada	28,6%	20,2%	22,8%
Con dificultad grave	28,6%	27,0%	27,5%
No puede realizar la actividad	41,4%	51,9%	48,7%
<b>Total (N)</b>	<b>225182</b>	<b>508680</b>	<b>733863</b>
No sabe / no contesta	<b>6231</b>	<b>12026</b>	<b>18256</b>
<b>Personas con discapacidades</b>	<b>231413</b>	<b>520706</b>	<b>752119</b>

Fuente: EDDES99.

#### 4.6.2. Las ayudas

Tal y como ha podido comprobarse en los capítulos anteriores, la existencia de discapacidades no implica necesariamente que las personas afectadas requieran asistencia para poder superar las limitaciones producidas por dichas discapacidades. A partir de los 80 años, sin embargo, la necesidad que se originan se convierten en considerables. Y es que alrededor del 78% de los mayores que superan esta franja de edad y declaran padecer alguna discapacidad requieren de algún tipo de ayuda, ya sea personal o de tipo técnico. Aquellos que demandan la ayuda de una tercera persona para llevar a cabo las actividades en las que se encuentra afectada constituyen el 68% del total de la población, mientras los que requieren de algún aparato o instrumento técnico para superar las limitaciones generadas por las discapacidades se sitúan alrededor del 40% (Cuadro 79).

Siguiendo la tendencia que empieza a partir de las edades maduras, puede confirmarse a través de los datos expuestos que la edad y el sexo juegan un papel importante en la configuración de la pauta general que dibuja la recepción de ayuda de las personas que padecen alguna discapacidad. En primer lugar, las mujeres, que reciben en mayor proporción asistencia de una tercera persona, lo hacen en algo más del 72% de los casos, mientras que los hombres con discapacidad que se benefician de cuidados personales constituyen algo más de la mitad del total. Los varones que se benefician de instrumentos y aparatos de apoyo son más numerosos en proporción que las mujeres. De hecho, la proporción de hombres que reciben ayuda técnica en estas edades es la que más se acerca a las cotas de aquellos que reciben cuidados personales. La proporción entre las mujeres, en cambio, apenas supera la mitad de las que reciben ayuda personal (Cuadro 76).

**Cuadro 79. Población de 80 y más años con discapacidad, según el tipo de cuidado que recibe, por sexo. España, 1999**

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	% del total de la población	% con discapacidad	N	% del total de la población	% con discapacidad	N	% del total de la población	% con discapacidad
Recibe alguna ayuda de asistencia personal	132.961	28,4%	57,5%	375.470	41,2%	72,1%	508.432	36,8%	67,6%
Recibe alguna ayuda técnica	99.246	21,2%	42,9%	197.640	21,7%	38,0%	296.886	21,5%	39,5%
Recibe algún tipo de ayuda	166.867	35,6%	72,1%	421.230	46,2%	80,9%	588.097	42,6%	78,2%
Recibe solo ayuda técnica	33.905	7,2%	14,7%	45.760	5,0%	8,8%	79.665	5,8%	10,6%
Recibe solo ayuda personal	67.620	14,4%	29,2%	223.590	24,5%	42,9%	291.211	21,1%	38,7%
Recibe ambos tipos de ayuda	65.341	14,0%	28,2%	151.880	16,7%	29,2%	217.221	15,7%	28,9%
Ha solicitado y no recibe AP	9.973	2,1%	4,3%	34.628	3,8%	6,7%	44.601	3,2%	5,9%
Ha solicitado y no recibe AT	7.662	1,6%	3,3%	15.738	1,7%	3,0%	23.400	1,7%	3,1%
Ha solicitado y no recibe AP/AT	15.344	3,3%	6,6%	44.858	4,9%	8,6%	60.202	4,4%	8,0%
Requiere asistencia personal	134.478	28,7%	58,1%	380.831	41,8%	73,1%	515.309	37,3%	68,5%
Requiere ayuda técnica	101.308	21,6%	43,8%	203.959	22,4%	39,2%	305.267	22,1%	40,6%
Requiere algún tipo de ayuda	167.640	35,8%	72,4%	426.943	46,8%	82,0%	594.583	43,1%	79,1%
Personas con discapacidad	231.413	49,4%	100,0%	520.706	57,1%	100,0%	752.119	54,5%	100,0%
Población	468.319			911.720			1.380.039		

Fuente: EDDDES99.

En segundo lugar, la edad es, en el conjunto de la población que supera los 80 años, el factor que perfila de forma más clara la pauta ascendente de la recepción de ayuda, sobre todo en el caso de la ayuda personal. Los hombres entre 80-84 años que reciben ayuda personal constituyen algo menos de la mitad del total que padece alguna discapacidad. Esta proporción va aumentando progresivamente a medida que aumenta la edad, hasta alcanzar un máximo que supera el 78% entre los que cuentan con 95 y más años. La tendencia se repite entre las mujeres, aunque con proporciones más elevadas. Ellas pasan, de los 80-84 a los 95 y más años, de ser un 63% a más del 90%. Puede comprobarse cómo en las edades más avanzadas son pocos los que teniendo alguna discapacidad, ya sean hombres o mujeres, los que no requieren de asistencia de una tercera persona para llevar a cabo las tareas o actividades en las que se encuentran afectados (Cuadro 80).

**Cuadro 80. Población con discapacidad, según los tipos de ayuda que reciben, por edad y sexo**

	80-84	85-89	90-94	95+	Total
Hombres					
Recibe alguna ayuda técnica	49,1%	62,1%	75,3%	78,4%	<b>57,5%</b>
Recibe algún tipo de ayuda	42,5%	41,8%	45,2%	51,8%	<b>42,9%</b>
Recibe solo ayuda técnica	66,1%	74,8%	84,5%	94,4%	<b>72,1%</b>
Mujeres					
Recibe alguna ayuda técnica	63,4%	77,8%	83,9%	90,7%	<b>72,1%</b>
Recibe algún tipo de ayuda	36,1%	39,2%	41,9%	36,1%	<b>38,0%</b>
Recibe solo ayuda técnica	75,5%	84,1%	89,2%	92,3%	<b>80,9%</b>

Fuente: EDDES99.

El porcentaje de personas que solicitaron algún tipo de ayuda sin recibirla aún alcanza entre los más mayores el porcentaje más elevado, un 8% de la población con discapacidad. La mayoría de ellos solicitaba recibir cuidados personales, el doble que los solicitaron ayudas técnicas (Cuadro 79).

Respecto a la relación entre la ayuda y la severidad de la discapacidad, la proporción de quienes no reciben ayuda es lo más baja de los grupos de edad analizados. Si se ignora las personas con discapacidad con el grado más bajo (que permite desarrollar autónomamente la actividad afectada), el porcentaje que recibe ayuda varía entre 52% para aquellos que tienen una discapacidad con un grado de severidad moderado y 95% en el caso de las personas que no son capaces de realizar la actividad. Entre ellos, sólo 1% no recibe ayuda personal y casi la mitad recibe además ayuda técnica (41% de todas las personas que no pueden realizar la actividad). En cambio, en el caso de las personas que tienen una discapacidad con un grado de severidad moderada, cerca del 20% sólo recibe ayuda personal o técnica y el 10% que queda recibe ambos tipos (aproximadamente la mitad no recibe ninguna de ambas).

**Cuadro 81. Proporción de población de 80+ años con discapacidad según el grado de severidad y el tipo de cuidado que recibe. España, 1999**

Grado de severidad	N				%			
	Nº con discap.	Solo ayuda técnica	Solo ayuda persona	Recibe ambos tipos	Solo ayuda técnica	Solo ayuda personal	Recibe ambos tipos	No recibe ayuda
Sin dificultad alguna	7.208	6.561	648	-	91%	9%	0%	0%
Con dificultad moderada	167.405	37.497	32.556	17.493	22%	19%	10%	48%
Con dificultad grave	201.604	31.585	70.693	51.105	16%	35%	25%	24%
No puede realizar la activ.	357.061	4.022	187.315	148.038	1%	52%	41%	5%
Total	733.278	79.665	291.211	216.636	11%	40%	30%	20%
No sabe / no contesta	18.256							
Personas con discapa.	752.119							

Fuente: EDDES99.

La relación con la actividad – A excepción de las discapacidades relacionadas con la visión y con la audición, las personas que padecen limitaciones en el resto de las actividades reciben ayuda de una tercera persona. Dicha proporción varía entre un 17% para ellos con problemas de comunicación a 81% para ellos que no pueden o tener problemas de cuidar a sí mismo y realizar las tareas del hogar (Cuadro 82). Sin embargo, en términos de la proporción del total de las discapacidades (no personas), es un 4% menos que vimos para la edad 65-79.

La ayuda técnica, sin embargo, es abarcada por personas con otro tipo de discapacidades. De forma parecida a las edades precedentes, las personas con dificultades para hacer desplazamientos dentro del hogar (levantarse, acostarse, permanecer de pie, trasladar objetos no muy pesados ...) y externos al mismo, así como en la audición y en cuidar de sí mismos, son los que más se benefician de dichas ayudas. La ayuda técnica no es suficiente, viable o simplemente no existe su posibilidad, en muchos o todos los casos en los que las personas pierden la capacidad para llevar a cabo ciertas actividades, particularmente la discapacidad en las actividades relacionadas con relacionarse con otras personas, discapacidades cognitivas, la comunicación y la realización de las tareas del hogar. Es por eso que la ayuda que pueda proporcionar una persona se hace prácticamente indispensable para aquellos que padecen estas discapacidades.

Finalmente, como entre los adultos más jóvenes, hay sólo un 5% que recibe ambos tipos de ayuda simultáneamente para el mismo tipo de discapacidad, pero entre la gente mayor con problemas para cuidar a sí misma y desplazarse dentro del hogar el porcentaje aumenta a, respectivamente, el 13% y 12%.

**Cuadro 82. Población de 80+ años según el tipo de discapacidad que padece y el tipo de cuidado que recibe, por sexo. España, 1999.**

Grupo de discapacidad	N	Sólo ayudas técnicas	Sólo asistencia personal	Ayudas técnicas y personal	No recibe ayuda alguna	n.s./n.c.	Total
Ver	183.265	12%	0%	0%	85%	3%	100%
Oír	182.853	22%	0%	0%	76%	2%	100%
Comunicarse	80.118	2%	16%	1%	80%	1%	100%
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	77.621	0%	26%	0%	70%	3%	100%
Desplazarse	280.653	12%	20%	12%	54%	2%	100%
Utilizar brazos y manos	295.676	3%	28%	2%	65%	2%	100%
Desplazarse fuera del hogar	417.148	11%	21%	8%	58%	2%	100%
Cuidar de sí mismo	107.539	3%	68%	13%	15%	1%	100%
Realizar las tareas del hogar	277.343	1%	77%	4%	16%	2%	100%
Relacionarse con otras personas	80.751	0%	18%	0%	76%	6%	100%
Total	1.982.967	8%	28%	5%	57%	2%	100%

Fuente: EDDES99.

### 4.6.3. Impacto en los hogares

---

La población de 80 y más años destaca del resto de la población por los tipos de hogares en los que conviven. Aunque a simple vista pueda parecer paradójico, los más mayores son los principales protagonistas de las llamadas "nuevas formas familiares", en concreto de los hogares unipersonales. Los hogares en los que las personas mayores viven solas suponen más del 23% del total de hogares. La proporción de aquellos que viven en los otros hogares considerados como nuevas formas familiares, los monoparentales, no es de las más elevadas de la población, aunque alrededor de un 7% convive junto con alguno de sus hijos solteros. El hogar más común entre los mayores de 79 años es, a diferencia del resto de las personas, el hogar de tipo extenso. Nada menos que un 28% convive en un hogar de este tipo. Cabe pensar, que estas personas conviven junto con alguno de sus descendientes y su núcleo familiar (Alustiza, 2003). Siguen siendo también muy frecuentes, al igual que en el caso de las personas en edades maduras y mayores, aquellos hogares en los que convive la pareja sola (algo más del 22%). Los hogares que carecen de núcleo son más frecuentes que en el resto de la población, ya que constituyen más de un 8% del total de hogares (Tabla Anexo 68).

Existen, sin embargo, diferencias significativas en la forma de convivencia de los hombres y las mujeres que superan los 80 años. Las disparidades se repiten para todo el conjunto de la población, tanto para los que tienen alguna discapacidad, como para los que no, e independientemente del tipo de ayuda que reciban. En cualquiera de los casos, los hombres tienen a vivir en mayor proporción junto con su pareja. Prácticamente la mitad de la población masculina convive con su mujer, en hogares nucleares sin hijos, sobre todo, aunque alrededor del 10% también lo hace junto con su esposa e hijos. Entre los hombres, sigue siendo más frecuente, por detrás de dichos hogares, los extensos, en los que convive algo menos del 20% de los hombres. Un 8% de los hombres convive en hogares de más de un núcleo. Entre ellos, la proporción de los que convive a los 80 años y más junto con su pareja es de alrededor del 60%.

Las mujeres, por su parte, conviven a partir de los 80 años generalmente en hogares extensos (más del 32%) o solas (prácticamente el 30%), por lo que son más las que viven junto con otra persona que no sea su pareja o cónyuge. De hecho, la proporción total de mujeres muy mayores que vive junto con su pareja (en hogares nucleares o polinucleares) tan solo es del 18%. Estas diferencias se deben a una sobremortalidad masculina, que hace que la esperanza de vida de la población femenina supere por regla general a la de sus cónyuges. Es por ello que las mujeres que viven solas o en hogares monoparentales casi triplican a los hombres que también viven solos en estas edades, que la proporción de aquellas que viven en hogares sin núcleo alguno duplica a la de los hombres en la misma situación o que aquellas que viven en hogares extensos se acerca al doble de los hogares extensos en los que vivan hombres mayores de 80 años.

Las disparidades en cuanto a la forma de convivencia de hombres y mujeres mayores se reiteran entre aquellos que padecen algún tipo de discapacidad. La

proporción de los hombres que con alguna discapacidad que viven solos se mantiene estable (11%), aunque el de las mujeres disminuye ligeramente (de 32% de ellas que no tiene una discapacidad viven solas y 28% cuando sí lo tiene) pero baja más en el caso de que requieran ayuda personal (a 21% cuando no adquieren ayuda técnica). En cambio, un 40% de las mujeres que sólo recibe ayuda técnica viven solas. Aumentan también entre las mujeres que padecen alguna discapacidad, los hogares monoparentales (a pesar de tipo de ayuda) y los extensos (y más si recibe ayuda personal) (Cuadro 83 y Tabla Anexo 68). En el caso de las otras categorías de hogar, no se pueden decir mucho sobre las pequeñas diferencias observadas por el reducido número de casos con los que se cuenta antes de la aplicación del factor de ponderación.

**Cuadro 83. Población de 80 y más años con y sin discapacidad, según el tipo de ayuda que reciben, por edad, sexo y tipo de hogar. España, 1999**

<b>Hombres</b>						
Tipología del hogar	Sin limitación	Con limitación	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	11,1%	11,1%	14,8%	13,2%	9,0%	8,4%
Sin núcleo	5,0%	5,2%	5,6%	4,6%	6,8%	3,5%
Monoparental	3,5%	4,3%	4,5%	4,5%	2,7%	5,7%
Pareja sin hijos	43,5%	43,2%	30,7%	52,7%	40,5%	54,0%
Pareja con hijos	10,1%	9,0%	7,2%	9,4%	9,6%	9,9%
Extenso	19,1%	19,0%	27,8%	9,3%	20,9%	12,9%
Polinuclear	7,8%	8,2%	9,3%	6,1%	10,5%	5,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	236.906	231.413	67.620	33.905	65.341	64.546
<b>Mujeres</b>						
Tipología del hogar	Sin limitación	Con limitación	Recibe A. Personal	Recibe A. Técnica	Recibe A. Técnica y Personal	No recibe ayuda
Unipersonal	32,0%	27,7%	21,4%	39,7%	26,9%	37,6%
Sin núcleo	9,8%	11,0%	12,1%	7,7%	10,2%	11,0%
Monoparental	7,4%	10,7%	11,5%	11,6%	10,3%	9,0%
Pareja sin hijos	13,0%	11,0%	10,5%	14,5%	9,4%	13,0%
Pareja con hijos	2,4%	1,9%	2,1%	1,9%	1,6%	1,8%
Extenso	31,5%	33,6%	37,6%	22,6%	36,6%	25,1%
Polinuclear	3,8%	4,2%	4,8%	2,0%	4,9%	2,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total (N)	391.014	520.706	223.590	45.760	151.880	99.476

Fuente: EDDES99.

La edad también juega un papel importante dentro del conjunto de personas de 80 y más años. La forma de convivencia de los hombres y mujeres conforme aumenta su edad, resulta contradictoria o al menos paradójica, si tenemos en cuenta los datos facilitados hasta ahora.

Los hombres que viven solos, independientemente de si padecen o no algún problema limitante o requieran ayuda, van aumentando cuanto más años tienen. Si a los 80-84 años el 7,4% de los hombres con discapacidad vivía solo, a los 95 y más años la proporción asciende al 24%. También siguen la misma pauta ascendente aquellos hogares exentos de núcleo alguno, aunque siempre con unos porcentajes inferiores (Tabla Anexo 69).

En el caso de las mujeres la tendencia es la opuesta a la de sus compañeros. Si a los 80-84 más del 32% de las mujeres con alguna limitación vivía sola, a los 95 y más años tan solo un 7% vivía en un hogar unipersonal. A diferencia de lo que pasaba con los hombres, los hogares sin núcleo en el caso de ellas van en aumento.

En ambos casos los hogares nucleares, con y sin hijos, van descendiendo conforme aumenta la edad. No así los hogares extensos, que aumentan significativamente tanto entre la población masculina como la femenina. En estos casos, en las conocidas como típicas formas de acogimiento familiar, viven en mayor proporción aquellos que no tienen ningún problema funcional que aquellos que sí padecen discapacidades. Tal es así, que el 78% de las mujeres de 95 y más años sin discapacidad viven junto con la familia de alguno de sus descendientes, mientras que en el caso de las que a esta edad tienen problemas limitantes, la proporción apenas supera el 53% a pesar del tipo de ayuda que requieran.

A diferencia de los dos grupos de edades anteriores, el número medio de personas que convive en los hogares de las mujeres es más o menos igual a los de los varones (2,69 frente a 2,75) y además el padecer o no alguna discapacidad no tiene mucho influencia en el tamaño del hogar en que vive (Cuadro 69). Mientras entre los dos grupos de edades anteriores, el aumento de la edad trae consigo una disminución del tamaño medio del hogar por los cambios estructurales del hogar, el tamaño del hogar para los de 65-79 es más o menos igual a los de 80+ años y aún ha subido por 0,37 en el caso de las mujeres con discapacidad y 0,19 cuando no tienen una discapacidad y cuando una mujer con discapacidad sólo recibe ayuda personal es un 0,40 (con un tamaño promedio del hogar a casi 3 personas). Sin embargo, en el caso de las mujeres que sólo reciben ayuda técnica o no reciben ayuda alguna, no sólo es el tamaño del hogar lo más pequeño (2,3 personas en ambos casos), también la diferencia con las mujeres de 65-79 años es poco. Tal vez muchas de ellas pueden continuar viviendo de forma independiente (con o sin la necesidad de ayuda personal externa) o con su cónyuge.

**Cuadro 84. Promedio número de personas que componen el hogar de los sujetos de 80+ años, según si padece o no una discapacidad y si recibe o no alguna ayuda. España, 1999**

	Hombres			Mujeres		
	N	Media	Des. típica	N	Media	Des. típica
Padece alguna discapacidad						
No	236.906	2,74	1,48	391.014	2,64	1,69
Sí	231.413	2,76	1,49	520.706	2,72	1,69
Ayudas recibidas						
Sólo ayuda técnica	33.905	2,40	1,16	45.760	2,31	1,59
Sólo ayuda personal	67.620	2,95	1,63	223.590	2,94	1,76
Ayuda técnica y personal	65.341	2,96	1,60	151.880	2,79	1,68
No recibe ayuda	64.546	2,54	1,29	99.476	2,31	1,46

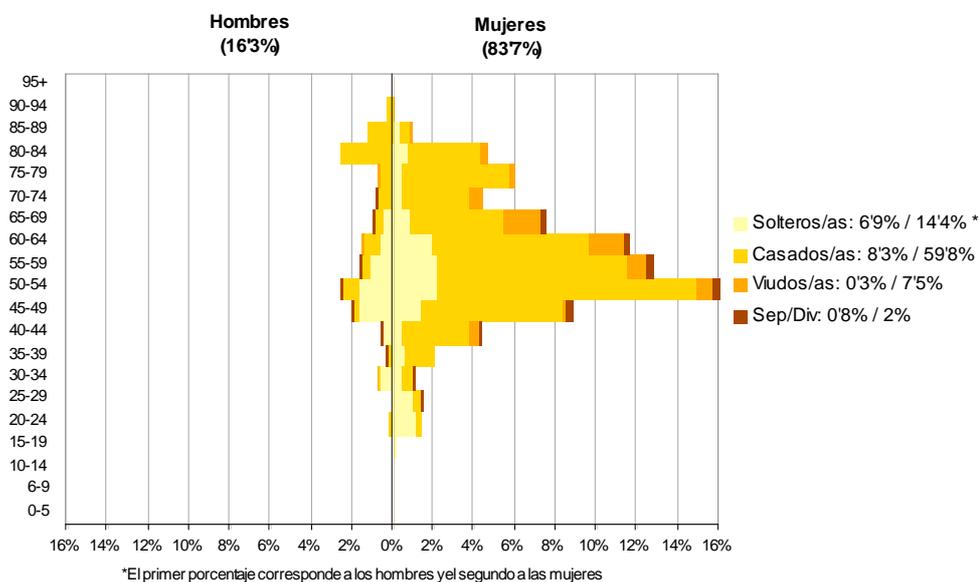
Fuente: EDDES99.

#### 4.6.4. Cuidados especiales y cuidadores

Existen dos rasgos que caracterizan a la población cuidadora de personas muy mayores. Por un lado, la superioridad femenina entre aquellos que prestan los cuidados. Más del 83% de los cuidadores de los más mayores son mujeres. Por otro lado, su elevada edad. La edad media de los que prestan cuidados a los más mayores supera los 58 años. En el caso de los cuidadores varones además, la edad es más elevada, prácticamente de 62 años. Casi 66% del total de los cuidadores cuenta entre 45 y 69 años, por lo que la madurez constituye una de sus características.

La mayoría de los cuidadores se encuentra casado, más del 68%. La proporción de los solteros también resulta significativa, ya que 2 de cada 10 cuidadores lo es. Teniendo en cuenta la edad de los beneficiarios, podría pensarse que son las esposas y, sobre todo, las hijas las que prestan la ayuda. Teniendo en cuenta el estado civil y la edad media de los cuidadores, puede comprobarse que en el caso de los cuidadores solteros, la edad media se sitúa en 51,7 años. En el caso de los casados la edad media es superior, sobre todo entre los hombres cuidadores. Los cuidadores casados tienen como media más de 71 años de edad, por lo que presumiblemente se dedican a cuidar a sus esposas. La edad media de las cuidadoras casadas, 58,5 años, y su distribución (Gráfico 14) indica que no solo se dedican a cuidar a sus cónyuges, sino que lo hacen de un grupo más numeroso de personas.

**Gráfico 14: Cuidadores Principales de personas de 80 y más años, por edad, sexo y estado civil. España, 1999**



Fuente: EDDDES99.

La mayoría de los cuidadores (el 76%) cuenta con estudios primarios acabados o menos. Son muy pocos con estudios secundarios (15%) o con carreras universitarias o estudios equivalentes (9%) (Tabla Anexo 71).

**Cuadro 85. Población total y Cuidadores Principales de personas 80+ años, por sexo, edad (16+) y relación con la actividad. España, 1999.**

Relación con la actividad económica	Cuidadores Principales (16+) de personas de 65-79 años											
	Hombres				Mujeres				Total			
	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total
<b>Ocupados</b>	<b>61.9%</b>	<b>47.2%</b>	<b>0.0%</b>	<b>29.7%</b>	<b>44.3%</b>	<b>24.5%</b>	<b>1.0%</b>	<b>20.4%</b>	<b>46.9%</b>	<b>27.6%</b>	<b>0.8%</b>	<b>21.9%</b>
Trabajando	58,3%	42,5%	0,0%	27,0%	44,3%	23,3%	1,0%	19,7%	46,4%	25,9%	0,8%	20,9%
Empleado pero temporalm. ausente	3,6%	4,7%	0,0%	2,7%	0,0%	1,1%	0,0%	0,7%	0,5%	1,6%	0,0%	1,0%
<b>No ocupados</b>	<b>38,1%</b>	<b>52,8%</b>	<b>100,0%</b>	<b>70,3%</b>	<b>55,7%</b>	<b>75,5%</b>	<b>99,0%</b>	<b>79,6%</b>	<b>53,1%</b>	<b>72,4%</b>	<b>99,2%</b>	<b>78,1%</b>
Parados	27,2%	23,7%	0,0%	14,5%	21,4%	6,6%	0,2%	6,7%	22,2%	8,9%	0,2%	7,9%
Incapacitados/percibiendo pensión	3,3%	12,8%	11,5%	11,2%	0,0%	4,7%	6,8%	4,7%	0,5%	5,8%	7,8%	5,8%
Jubilados	0,0%	14,1%	87,4%	42,3%	0,0%	4,8%	43,8%	15,2%	0,0%	6,1%	53,4%	19,6%
Labores del hogar	3,1%	1,7%	0,6%	1,4%	27,9%	57,0%	43,6%	49,5%	24,1%	49,5%	34,1%	41,7%
Otra situación	4,5%	0,4%	0,5%	0,9%	6,5%	2,4%	4,6%	3,5%	6,2%	2,1%	3,7%	3,1%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
N	5.615	23.334	19.883	48.832	31.621	148.354	70.478	250.453	37.236	171.689	90.360	299.285
Relación con la actividad económica	Población total (16+)											
	Hombres				Mujeres				Total			
	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total	16-44	45-64	65+	total
<b>Ocupados</b>	<b>68.8%</b>	<b>71.6%</b>	<b>2.3%</b>	<b>58.2%</b>	<b>42.9%</b>	<b>28.0%</b>	<b>0.8%</b>	<b>29.7%</b>	<b>56.0%</b>	<b>49.3%</b>	<b>1.5%</b>	<b>43.6%</b>
Trabajando	67,8%	69,6%	2,3%	57,1%	41,8%	27,1%	0,8%	28,9%	55,0%	47,9%	1,4%	42,6%
Empleado pero temporalm. ausente	1,0%	2,0%	0,1%	1,1%	1,1%	0,9%	0,0%	0,8%	1,0%	1,4%	0,0%	0,9%
<b>No ocupados</b>	<b>31,2%</b>	<b>28,4%</b>	<b>97,7%</b>	<b>41,8%</b>	<b>57,1%</b>	<b>72,0%</b>	<b>99,2%</b>	<b>70,3%</b>	<b>44,0%</b>	<b>50,7%</b>	<b>98,5%</b>	<b>56,4%</b>
Parados	10,7%	7,5%	0,1%	8,0%	15,0%	5,2%	0,1%	9,2%	12,8%	6,3%	0,1%	8,6%
Incapacitados/percibiendo pensión	1,9%	9,5%	10,8%	5,4%	1,1%	5,5%	9,3%	4,1%	1,5%	7,4%	9,9%	4,7%
Jubilados	0,0%	10,3%	85,8%	17,4%	0,0%	3,3%	39,7%	9,6%	0,0%	6,7%	59,1%	13,4%
Labores del hogar	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	20,5%	55,3%	34,2%	32,7%	10,2%	28,3%	19,9%	16,9%
Otra situación	18,5%	1,1%	0,9%	10,9%	20,4%	2,7%	15,8%	14,7%	19,4%	1,9%	9,5%	12,8%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
N	8.964.047	4.260.891	2.713.905	15.938.842	8.741.033	4.444.928	3.724.717	16.910.678	17.705.079	8.705.819	6.438.622	32.849.520

Fuente: EDES99; los datos que corresponden a esta tabla se encuentra en la Tabla Anexo 72 y Tabla Anexo 78.

Esta escasez de estudios es un efecto generacional. Si tenemos en cuenta las proporciones en cada grupo de edad, podrá comprobarse que entre los cuidadores más jóvenes (hasta 45 años) hay proporcionalmente más personas con estudios secundarios acabados (33%), y en menor medida, con niveles superiores (21%). Igualmente, hay un 46% que tienen como máximo nivel primaria o menos. A partir de dicha edad, son las personas analfabetas, sin estudios o con estudios primarios las que prevalecen (80% del total) sin diferencias de género<sup>57</sup>.

El nivel educativo alcanzado puede influir la incorporación al mercado laboral de las personas y como el estudio de la relación con la actividad de los cuidadores principales constituye el objetivo principal de este trabajo, resulta preciso tener en cuenta su trayectoria educativa.

Las personas que se dedican a cuidar de los mayores de 80 y más años presentan unas proporciones de ocupación inferiores a la del conjunto de la población española. La menor proporción de personas empleadas se repite tanto entre los hombres como entre las mujeres (85). Prácticamente 8 de cada 10 cuidadores, por lo tanto, se encuentra económicamente inactivo o buscando un empleo. La mayoría de los cuidadores que no trabajan se dedica a las labores del hogar, nada más y nada menos que el 42% del total de cuidadores. La gran cantidad de personas que compaginan la tarea del cuidado con las labores domésticas se debe al elevado número de mujeres cuidadoras en edades maduras y mayores que cuidan de los mayores de 80 y más años. Esta proporción supera con creces el porcentaje de personas que se dedica a las labores del hogar en el conjunto de la población, que se sitúa en un 17% en el caso del total de la población y en un 33% en el caso del total de la población femenina.

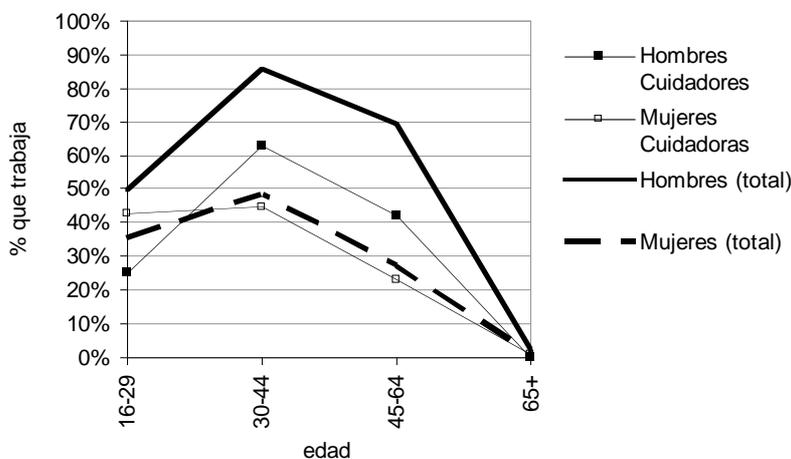
La proporción de personas jubiladas que prestan ayuda a los mayores de 80 y más años también supera ligeramente a la del conjunto de la población. Prácticamente 2 de cada 10 cuidadores se encuentran ya jubilados, mientras que para el total de la población, dicha proporción apenas roza el 13%.

Con respecto a los cuidadores que tienen la edad laboral, su número es tan escaso que hemos tenido que agregar considerablemente las edades, como ya se hizo anteriormente con los cuidadores de personas de 16-19 años.. Si no tenemos en cuenta los proveedores de cuidados en edad no laboral y consideramos la proporción de ocupación en tres grandes grupos de edad hasta los 65 años, podemos confirmar que para los hombres, ser cuidador de personas muy mayores va acompañado de una ocupación muy inferior a la general, mientras que entre las mujeres prácticamente no hay diferencias. (Gráfico 15).

---

<sup>57</sup> Si se hace un análisis aún más detallado, a partir de los 75 años las personas analfabetas o sin ningún tipo de estudios reglados serán las que predominen. De hecho, más de la mitad del conjunto de los cuidadores que superan esta franja de edad carece de estudios. Dicha proporción, además, irá incrementándose a medida que aumenta la edad de las personas proveedoras de la ayuda asistencial.

**Gráfico 15: Proporción de ocupación de la población total y de los Cuidadores Principales (de personas de 80+), según la edad y el sexo. España, 1999**



Fuente: EDDES99

¿Quiénes son las personas que se dedican a prestar los cuidados a los mayores de 80 y más años? La relación convivencial y familiar es ligeramente diferente respecto a las edades precedentes.

Algo más del 63% de quienes prestan algún tipo de cuidado a estos mayores viven en el mismo hogar que el beneficiario. Un 49,2%, no obstante, vive en un hogar distinto, por lo que un número considerable de cuidadores se ve obligados a desplazarse para atender a los mayores de 80 y más años. Esta proporción de cuidadores de fuera del hogar es considerablemente superior a la existente entre los afectados de menos edad.

Entre estos prestadores de ayuda pero no convivientes, destacan por encima del resto de los cuidadores dos grupos de personas: las hijas y los empleados particulares. En el caso de que las personas que prestan ayuda a los mayores se desplacen desde otra vivienda, las hijas son las que lo hacen en el 42% de los casos y los empleados en un 29%<sup>58</sup>. Aunque con porcentajes inferiores, destacan también los servicios sociales, que se trasladan a prestar cuidados en el 18% de los casos y las nueras, cuya presencia asciende a un 12% (datos en el anexo estadístico).

Si nos atenemos exclusivamente a los cuidadores principales, también forman parte del mismo hogar en la mayoría de los casos, concretamente en el 59%. De nuevo dicho porcentaje se encuentra bastante por debajo del que tenían las otras edades (a excepción de quienes cuidan a personas de edad madura), los cuidadores principales formaban parte del mismo hogar siempre en más del 70% de los casos). Resulta significativo entre los más mayores, que un 33,7% de los cuidadores vivan en una vivienda distinta a la del receptor de la ayuda (Cuadro 86). En estos casos, también, las hijas son las que ejercen más frecuentemente la labor de prestar ayuda, seguido de los empleados y de otros

<sup>58</sup> Cada persona puede recibir ayuda por parte de más de una persona, aunque uno de ellos sea el cuidador principal, por lo que las proporciones señaladas superan el 100%.

parientes, en los que se incluyen las nueras. Los denominados 'otros parientes' que viven en el mismo hogar suponen un considerable 24%.

Las hijas, por lo tanto, son las personas que ejercen en mayor medida como cuidadoras de las personas más mayores. Su presencia entre los cuidadores de los más mayores supera así, la que poseen entre la población con discapacidad de menos de 80 años. Los cónyuges cuidadores, cuyo ejercicio resulta tan importante entre las personas mayores, maduras e incluso las adultas, dejan de tener un papel tan relevante y se responsabilizan de prestar la ayuda necesaria en uno de cada 10 casos en los que su pareja requiere de asistencia personal.

**Cuadro 86. Cuidadores Principales de las personas de 80 y más años, según la relación convivencial y la relación de parentesco con el receptor. España, 1999**

	N			%		
	TOTAL	En el hogar	Fuera del hogar	TOTAL	En el hogar	Fuera del hogar
Cónyuge	50.533	50.533	-	10,7%	10,7%	-
Marido	14.845	14.845	-	3,1%	3,1%	-
Esposa	35.688	35.688	-	7,6%	7,6%	-
Hija	200.284	135.992	64.293	42,5%	28,8%	13,6%
Hijo	31.952	24.322	7.629	6,8%	5,2%	1,6%
Madre	-	-	-	-	-	-
Padre	-	-	-	-	-	-
Hermana	8.944	8.944	-	1,9%	1,9%	-
Hermano	1.191	1.191	-	0,3%	0,3%	-
Otro pariente	94.119	62.425	31.693	20,0%	13,2%	6,7%
Empleado	48.188	7.727	40.461	10,2%	1,6%	8,6%
Amigos y vecinos	9.140	-	9.140	1,9%	-	1,9%
Huésped	-	-	-	-	-	-
Servicios sociales	18.217	-	18.217	3,9%	-	3,9%
Otra relación	8.933	8.933	-	1,9%	1,9%	-
<b>Total</b>	<b>471.499</b>	<b>300.066</b>	<b>171.433</b>	<b>100,0%</b>	<b>63,6%</b>	<b>36,4%</b>
No se puede determinar/ no consta	36.816			11,0%		
<b>Total CP</b>	<b>508.315</b>					

Fuente: EDDES99.

En cuanto a la relación con la actividad de los cuidadores principales, cabe destacar, de acuerdo al elevado número de mujeres maduras y mayores cuidadoras, la notable proporción de quienes se dedican, como actividad principal, a las labores del hogar (el 41,7%, cerca de la mitad del total de cuidadores compagina el cuidado asistencial con las tareas domésticas). Aunque con unas proporciones bastante menores, le siguen aquellos que se encuentran ocupados (22%) y los que ya están jubilados (19,6%) (Cuadro 87).

Existen, no obstante, diferencias significativas en cuanto a la relación con la actividad en función de la persona que provee la ayuda requerida. Los hombres cuidadores, especialmente los maridos y los hermanos, tienden a estar ya legalmente jubilados. Cuando son las mujeres las que ejercen el rol de cuidadoras, especialmente en el caso de las esposas, las hijas y otras parientes

femeninas, la situación más frecuente es que se dediquen a los quehaceres del hogar.

Las proporciones más elevadas de aquellos cuidadores que a su vez se encuentran ocupados corresponde a los huéspedes, los hijos y los otros parientes (Cuadro 87).

**Cuadro 87. Cuidadores Principales de las personas de 80 y más años, convivientes, según su relación con la actividad. España, 1999**

	Ocupados	Parados	Incapacitados o percibiendo alguna pensión	Jubilados	Labores del hogar	Otra situación	Total	N
Marido	0,0%	0,0%	8,8%	90,5%	0,0%	0,7%	100,0%	14.845
Esposa	0,8%	0,0%	9,3%	32,3%	54,4%	3,1%	100,0%	35.688
Hija	22,0%	7,9%	3,8%	10,4%	53,3%	2,6%	100,0%	135.992
Hijo	42,3%	25,8%	13,6%	15,8%	1,7%	0,8%	100,0%	24.322
Hermano/a	1,4%	0,0%	6,1%	66,2%	19,7%	6,6%	100,0%	10.134
Otro pariente								
Hombres	37,4%	9,8%	6,3%	41,5%	2,2%	2,7%	100,0%	5.725
Mujeres	21,8%	9,2%	4,5%	10,3%	47,9%	5,9%	100,0%	56.188
Empleado	94,8%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	3,7%	100,0%	7.727
Otra relación	35,4%	11,7%	7,0%	7,4%	38,5%	0,0%	100,0%	8.933
<b>Total</b>	<b>21,9%</b>	<b>7,9%</b>	<b>5,8%</b>	<b>19,6%</b>	<b>41,7%</b>	<b>3,2%</b>	<b>100,0%</b>	<b>299.553</b>

Nota: Las proporciones tienen en cuenta solamente los cuidadores principales que viven en el mismo hogar que la persona afectada, ya que para el resto de los cuidadores no se disponen este tipo de datos. Se encuentra los datos en más detalle en Tabla Anexo 74.

Fuente: EDDES99.

La prestación de los cuidados asistenciales requiere del tiempo y la dedicación de la persona que se responsabiliza de dicha labor. En algunos casos este tiempo puede suponer una cantidad de horas considerable, ocupando gran parte del tiempo disponible de dichas personas. La EDDES99, como se ha podido comprobar en capítulos anteriores, facilita información referente a las actividades que han podido verse afectadas por el tiempo a invertir en el cuidado de las personas con limitaciones en sus actividades cotidianas.

Tal y como puede comprobarse a través de los datos de el 88, existen diferencias notables en cuanto al número de hombres y mujeres que han tenido que reducir ciertas actividades de su vida diaria para poder proveer de ayuda asistencial a las personas muy mayores de las que cuidan. Tan solo un 14% de las mujeres declara no haber reducido tiempo en actividades de su vida para hacerse cargo del cuidado principal de alguna persona de 80 y más años. La proporción de hombres cuidadores en la misma situación, sin embargo, es considerablemente superior a la de sus compañeras. Las actividades que se ven más afectadas entre los hombres cuidadores son las de ocio o las destinadas a las relaciones sociales. Alrededor del 33% se ve obligado a disminuir el tiempo que invertía en este tipo de actividades. El ocio y las relaciones sociales constituyen también las actividades más sacrificadas por las mujeres cuidadoras, aunque en menor proporción. El trabajo doméstico y la vida familiar se llevan, en proporción, con mayor frecuencia el tiempo de estas mujeres.

Existen además diferencias en función al tipo de parentesco que une al sujeto receptor del proveedor. Las personas que sacrifican más actividades son las hijas y 'otros parientes' femeninos (nueras, probablemente): tres cuartas partes de estas cuidadoras limita o reduce el tiempo dedicado a otras actividades para poder prestar los cuidados necesarios a las personas afectadas. Las actividades de ocio son las que más se resienten, seguidas del trabajo doméstico y la vida familiar, y en el caso de las hijas, otro tipo de actividades habituales.

Por otra parte, las personas que más reducen el tiempo destinado al trabajo remunerado (o a los estudios) constituyen, en la mayoría de los casos, los descendientes. Un 19% de las hijas que ejercen de cuidadoras de sus progenitores han tenido que disminuir parte del tiempo de trabajo, y un 17% de los hijos que también ejercen de CP ven afectada también su jornada laboral. Las mujeres cuidadoras que constituyen también otros parientes de los sujetos beneficiarios sacrifican también en algo más del 17% el tiempo destinado a su empleo o estudios.

**Cuadro 88. Cuidadores Principales de las personas de 80 y más años, convivientes, según parentesco, sexo y actividad que han tenido que reducir para prestar cuidados. España, 1999**

		Trabajo remunerado o estudios	Trabajo doméstico	Vida familiar	Actividades de ocio o relaciones sociales	Otras actividades habituales	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad por ser su trabajo	No ha tenido que reducir tiempo en ninguna actividad especial	N
Cónyuge	Hombres	0,8%	4,7%	8,2%	51,7%	15,9%	-	46,5%	14.845
	Mujeres	3,1%	30,5%	17,0%	35,4%	18,4%	-	47,6%	35.688
Hija		19,4%	34,2%	34,0%	65,0%	34,8%	-	21,3%	135.992
Hijo		17,0%	7,2%	9,2%	44,7%	26,6%	-	41,9%	24.322
Hermana		2,7%	32,4%	36,5%	41,2%	19,7%	-	51,7%	8.944
Hermano		0,0%	13,4%	33,4%	33,5%	20,1%	-	53,1%	1.191
Otro pariente	Hombres	8,2%	12,9%	14,3%	42,9%	13,3%	-	44,4%	5.725
	Mujeres	14,3%	34,2%	33,3%	61,0%	26,8%	-	24,3%	56.188
Empleados	Hombres	0,0%	13,0%	13,0%	13,0%	13,0%	87,0%	-	1.091
	Mujeres	8,2%	4,4%	4,4%	14,1%	0,0%	88,0%	3,8%	6.636
Otra relación	Hombres	0,0%	14,2%	0,0%	23,7%	0,0%	-	51,8%	1.658
	Mujeres	17,5%	31,7%	24,1%	40,9%	22,6%	1,4%	33,9%	7.275
Total	Hombres	9,7%	7,6%	9,9%	44,9%	20,4%	1,9%	43,3%	48.832
	Mujeres	15,0%	32,8%	30,4%	57,0%	28,9%	2,4%	26,7%	250.722
	Total	14,1%	28,7%	27,1%	55,0%	27,5%	2,3%	29,4%	299.553

Fuente: EDDES99

## 5 LA OCUPACIÓN LABORAL EN LOS HOGARES CON AFECTADOS: FACTORES DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÓMICOS, DE SALUD DEL SUJETO Y DE LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR.

En este capítulo se describen los pasos dados en la explotación de la EDDES, y los resultados parciales obtenidos en el proceso para diseñar un modelo sintético multivariable que dé cuenta del impacto de la discapacidad sobre la actividad laboral de los convivientes en un hogar. Para ello deben establecerse las influencias respectivas de los demás determinantes de la actividad de cada persona, de manera que el modelo controle finalmente la mutua interrelación y evidencie el peso real de cada factor. En dicho proceso se persigue simplificar en lo posible el modelo, depurando factores redundantes o de escasa influencia.

Según la EDDES, en 1999 trabajaba más o menos la mitad de la población Española entre 16 y 64 años<sup>59</sup>. Sin embargo, había muchas diferencias entre personas en función de sus características personales o de las de sus hogares. Puesto que la encuesta no tiene como foco temático la salud, sino los efectos que ésta tiene sobre la posibilidad de realizar diversas actividades, ofrece información sobre un gran número de factores que influyen en la actividad laboral de las personas. Además, puesto que la información no sólo se obtiene sobre los individuos sino que se extiende al hogar en su conjunto, la EDDES también permite cuestionarse la influencia que tienen las características del hogar y de los demás convivientes sobre la actividad del sujeto.

Para nuestro análisis hemos identificado, en la fuente de datos, los siguientes grupos de variables que, en principio, podrían determinar la probabilidad de tener una ocupación laboral, variables que se han ido explorando en su capacidad explicativa como paso intermedio hacia la construcción de un modelo general lo más "económico" y depurado posible:

---

<sup>59</sup> Se ha excluido de la población que trabaja aquellas personas que tenían trabajo pero estaban temporalmente ausentes de él (2% de las ocupadas), porque esa población no era muy equiparable al resto de los ocupados. A partir de algunos cruces simples de variables, algunas de las grandes diferencias eran: 1) 13% de las personas temporalmente ausente de su trabajo tenían una discapacidad contra el 2% de los que trabajaban. 2) Sólo el 8% de los hombres vivían en hogares con la categoría más alta en renta, frente al 14% para trabajadores no ausentes, algo que estaba vinculado con la profesión (menos en ocupaciones de tipo directiva y profesionales y más en ocupaciones manuales). 3. Con referencia a las mujeres se podrían ver grandes diferencias en las características de edad 16-29: La mitad de las que eran temporalmente ausentes de su trabajo eran casadas contra sólo el 15% de las que trabajaban. Además, entre las que trabajan sólo el 20% vivían en hogares con un hijo contra el 48% de las que han dejado de trabajar temporalmente.

- factores demográficos
- factores de salud
- factores socioeconómicos
- variables del hogar
- la dedicación al cuidado de otros miembros del hogar.

Este apartado empieza con una descripción de la relación entre cada una de las variables principales de estos grandes grupos y la probabilidad de estar laboralmente ocupado, relación que se resume en la Cuadro 89 y que se proporciona sin resumir en el Anexo. Sin embargo, una mejor explicación de los efectos de cada variable sobre la probabilidad de trabajar requiere un enfoque multivariable en un contexto sociológico, es decir, intentar explicar dicha probabilidad a partir de un conjunto de variables independientes ( $X_i$ ) que se han elegidos según su supuesta relación teórica con el empleo y que deberían contribuir a la mejora de la bondad de ajuste del modelo<sup>60</sup>. Para concretar, podemos decir que aunque el enfoque general del informe está relacionado en cómo la salud y el cuidado de los demás miembros del hogar pueden influir sobre la actividad (empleo) del sujeto, se debe incluir otras variables relacionadas con el empleo como la educación del sujeto y variables de ajuste o control.<sup>61</sup> Eso es porque por ejemplo la relación entre el ser cuidador y el empleo puede estar influido por factores como la propia educación del cuidador o el hecho de que sea una mujer. Utilizando la variedad de atributos señalados en la EDDES, se puede evaluar el efecto de cada factor utilizando un modelo multivariado de regresión logística.

---

<sup>60</sup> No estamos tan interesados en seleccionar el modelo más parsimonioso (aquel que con un menor número de variables independientes o parámetros presenta la mejor bondad de ajuste de los datos), sino en encontrar un equilibrio entre el criterio estadístico (la capacidad de predicción estadísticamente significativa) y el criterio sustantivo (las variables independientes están incluidas en el modelo en función de su hipótesis de investigación).

<sup>61</sup> Bien sean 1) variables de confusión o confounding o 2) modificadores de efecto o interacciones. El concepto de variable de confusión se refiere a una variable independiente ( $X_1$ ) que está asociada o explica la variable dependiente ( $Y$ ) y también está relacionada con la variable independiente ( $X_2$ ) objeto de estudio, no siendo un factor intermedio o explicativo de la relación entre esas dos variables ( $X_2$ ,  $Y$ ). Las variables modificadores de efecto o interacciones indican que la asociación entre una variable independiente ( $X_1$ ) y la dependiente ( $Y$ ) no es constante a lo largo de los diferentes valores que puede tener la variable independiente ( $X_2$ ) (Jovell, 1995).

**Cuadro 89. Número proporción de ocupados en cada una de las variables estudiadas. Población Española de 16-64 años.**

Variable	Categorías	Personas	% ocupado
Edad	16-29 años	8.716.955	42,5%
	30-44 años	8.953.133	67,2%
	45-64 años	8.688.515	47,9%
Sexo	Hombres	13.197.056	68,4%
	Mujeres	13.161.547	36,9%
Estado civil	Casado	10.137.962	46,7%
	Soltero	15.021.183	56,9%
	Viudo	527.365	31,4%
	Separado / divorciado	672.093	64,0%
Estudios	Prof/universitaria	4.884.892	72,3%
	1/2 ciclo	11.028.156	50,6%
	Primaria	7.939.412	49,8%
	Analfabeto / Sin estudio	2.506.142	32,2%
Ingresos	> de 325.001 ptas.	3.254.350	68,8%
	de 195.001 a 325.000 ptas.	6.756.122	61,1%
	de 130.001 a 195.000 ptas.	6.519.886	50,5%
	de 65.001 a 130.000 ptas.	5.234.134	40,4%
	< de 65.000 ptas.	1.172.101	20,7%
	No contesta/no sabe	3.422.010	54,2%
Nivel de dependencia/ discapacidad	Sin discapacidad / dependencia	25.021.856	54,3%
	Ninguna dependencia pero sí discapacidad	554.331	34,4%
	Discapacidad. moderada para alguna AIVD	269.056	12,5%
	Discapacidad para alguna ABVD	264.749	14,7%
	Dependencia moderada	165.335	9,6%
	Dependencia severa	60.981	3,9%
	Gran dependencia	22.294	1,6%
Certificado de Minusvalía	No	25.634.590	53,5%
	Sí	724.012	21,5%
Tamaño hogar	1 persona	713.692	65,5%
	2 personas	3.375.127	55,7%
	3 personas	6.290.524	54,6%
	4 personas	9.096.963	52,5%
	5 personas	4.401.078	48,7%
	6+ personas	2.481.217	47,2%
Tipo hogar	Unipersonal	713.692	65,5%
	Sin núcleo	502.363	58,7%
	Monoparental	1.797.375	51,6%
	Pareja sin hijos	2.367.246	56,4%
	Pareja con hijos	17.429.755	52,2%
	Extensas	2.453.473	49,9%
	Polinucleares	1.094.698	49,1%
Miembros del hogar	Cónyuge, padre, madre	126.122	63,3%
	Cónyuge, padre, no madre	48.120	71,9%
	Cónyuge, no padre, madre	143.459	74,8%
	Cónyuge, no padre, no madre	15.290.161	56,9%
	No cónyuge, padre, madre	7.073.863	41,7%
	No cónyuge, padre, no madre	239.603	49,7%
	No cónyuge, no padre, madre	1.339.178	52,4%
	No cónyuge, no padre, no madre	2.098.097	56,7%

(Continuación)

Número de hijos del sujeto en el hogar	0	13.016.795	48,0%
	1	4.702.591	56,0%
	2	6.132.762	59,3%
	3	1.882.223	55,7%
	4	467.949	51,8%
	5+	156.283	47,1%
Si vive con alguien con discapacidad o dependencia	Sujeto vive en un hogar unipersonal	713692	65,5%
	S. no vive con alguien con discapacidad o depend.	21624297	53,4%
	Sujeto vive con $\geq 1$ persona con discapacidad/limitac.	1356726	47,6%
	Sujeto vive con $\geq 1$ persona con un grado de depend.	2663888	45,8%
Salud padre si vive en hogar	Padre con grado de dependencia en hogar	377.460	49,9%
	- sin dependencia pero con discapacidad	315.795	50,8%
	- sin discapacidad	6.794.453	41,7%
	Sin padre en hogar	18.870.894	56,7%
Salud madre si vive en hogar	Madre con grado de dependencia en hogar	294.573	56,4%
	- sin dependencia pero con discapacidad	92.496	57,4%
	- sin discapacidad	8.295.553	43,6%
	Sin madre en hogar	17.675.980	56,8%
Salud cónyuge si vive en hogar	Cónyuge con grado de dependencia en hogar	456.495	36,7%
	- sin dependencia pero con discapacidad	384.905	41,1%
	- sin discapacidad	14.766.462	58,2%
	Sin cónyuge en hogar	10.750.740	46,1%
Salud hijo(s) si vive(n) en hogar	Hijos $\geq 5$ años con depend. y $\leq 5$ años con limitac.	2065	49,4%
	$\geq 1$ hijo $\geq 5$ años con un grado de dependencia	254331	41,2%
	$\geq 1$ hijo $\geq 5$ años sin depend. pero con discap.	180687	46,8%
	$\geq 1$ hijo $\leq 5$ años con limitaciones	91286	59,5%
	Solo hijos sin discapacidad	12813438	57,7%
	No tiene hijos en hogar	13016795	48,0%
Padre trabaja	Sí	4.730.715	36,6%
	No	2.756.993	52,5%
	Sin padre en hogar	18.870.894	56,7%
Madre trabaja	Si	2.187.466	36,4%
	No	6.495.157	46,8%
	Sin madre en hogar	17.675.980	56,8%
Cónyuge trabaja	Sí	8.834.081	54,4%
	No	6.773.781	60,8%
	Sin cónyuge en hogar	10.750.740	46,1%
Cuidador	Si	683.038	31,5%
	No	25.675.564	53,2%
Horas que cuida	No cuida	25.675.564	53,2%
	Hasta 14 horas	194.951	40,3%
	15 a 40 horas	167.852	35,9%
	41+ horas	320.237	23,8%
Tiempo que cuida	No cuida	25.675.564	53,2%
	Hasta 2 años	121.996	37,2%
	2 a 4 años	113.481	33,4%
	4 a 8 años	136.056	32,8%
	8+ años	311.504	28,0%
Recibe ayuda económica	No cuida	25.675.564	53,2%
	Si, regularmente	23.651	55,7%
	Si, de vez en cuando	3.055	10,8%
	no, nunca	646.242	30,5%
	No sabe/ no contesta	10.091	47,3%
	<b>Población total de 16 a 64 años</b>	<b>26.358.602</b>	<b>52,7%</b>

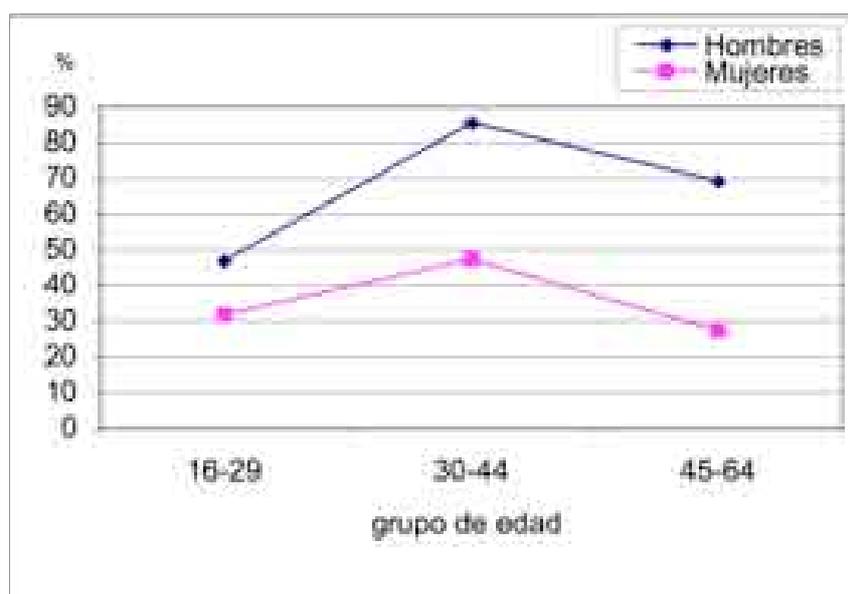
## 5.1 Condicionantes principales de la ocupación

### 5.1.1. Factores sociodemográficos

Lógicamente, la probabilidad de que alguien trabaje depende de la edad. Cuando se dibuja esta relación, el resultado es una "U" invertida: un nivel inicialmente bajo entre los más jóvenes, que van iniciando progresivamente su vida laboral, y una caída final, a medida que se aproxima la edad de jubilación. También el sexo es un factor diferenciador: la ocupación femenina es menor (37% frente al 68% masculino) porque son las mujeres las que compatibilizan de forma abrumadoramente principal el trabajo productivo y el reproductivo. Cuando se distinguen la diferencia de género por edades se ve que los hombres tienen una ocupación mayor en todas las edades, pero las proporciones están bastante próximas entre los más jóvenes, y es en las edades laborales más tardías donde las diferencias entre sexos son más grandes.

Con los resultados de la encuesta y observando las edades centrales de la vida laboral, los hombres de 30 a 44 años tienen la probabilidad de trabajar más alta, el 86%, seguido por los hombres de 45-64 años (70%). Los hombres de 16-29 trabajan en menor proporción (50%), equivalente a la que tienen las mujeres de 30-44 años, entre ellas la categoría de edad con la probabilidad más alta.

**Gráfico 16. Proporción ocupada por edad y sexo**

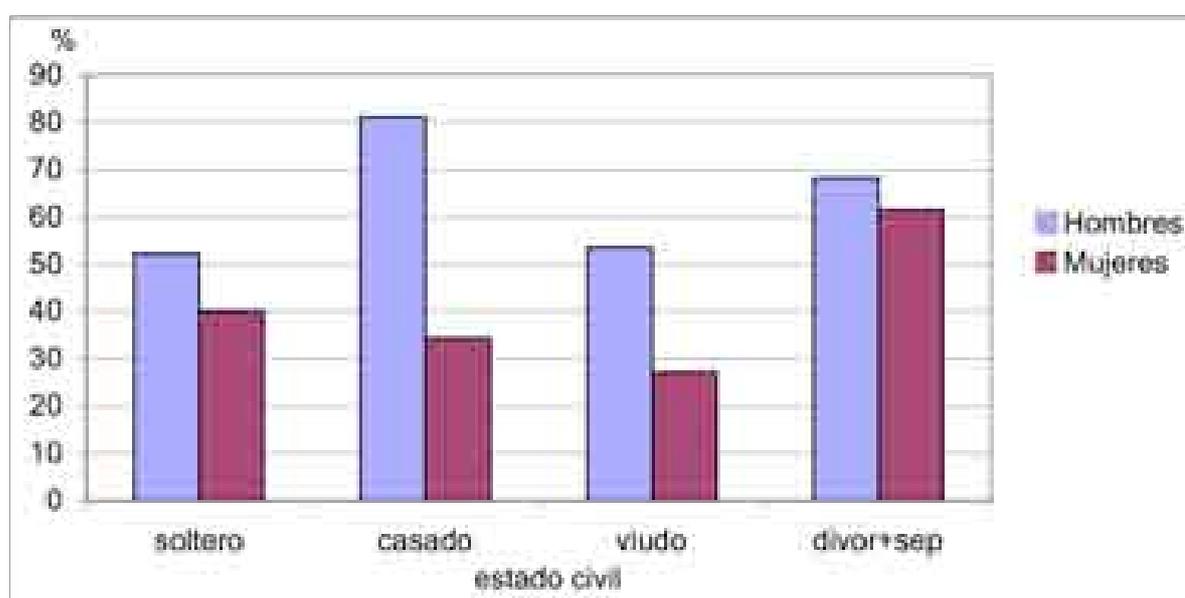


Fuente: Elaboración propia a partir del EDDDES

También y, en parte sobrepuesta, hay diferencias según el estado civil. Los separados/divorciados son quienes trabajan en mayor proporción (64%)

independientemente del sexo (68% para hombres y 61% para mujeres), pero hay una gran diferencia de género para los solteros, casados y viudos. Dicha diferencia es especialmente acusada entre los casados; los hombres casados son quienes trabajan en mayor proporción (81%), mientras sólo lo hace una tercera parte de las mujeres con dicho estado civil. Adicionalmente, un resultado relevante de nuestro análisis es que tales diferencias son independientes de la edad.

**Gráfico 17. Proporción de ocupados según estado civil y sexo**



Fuente: Elaboración propia a partir del EDDDES

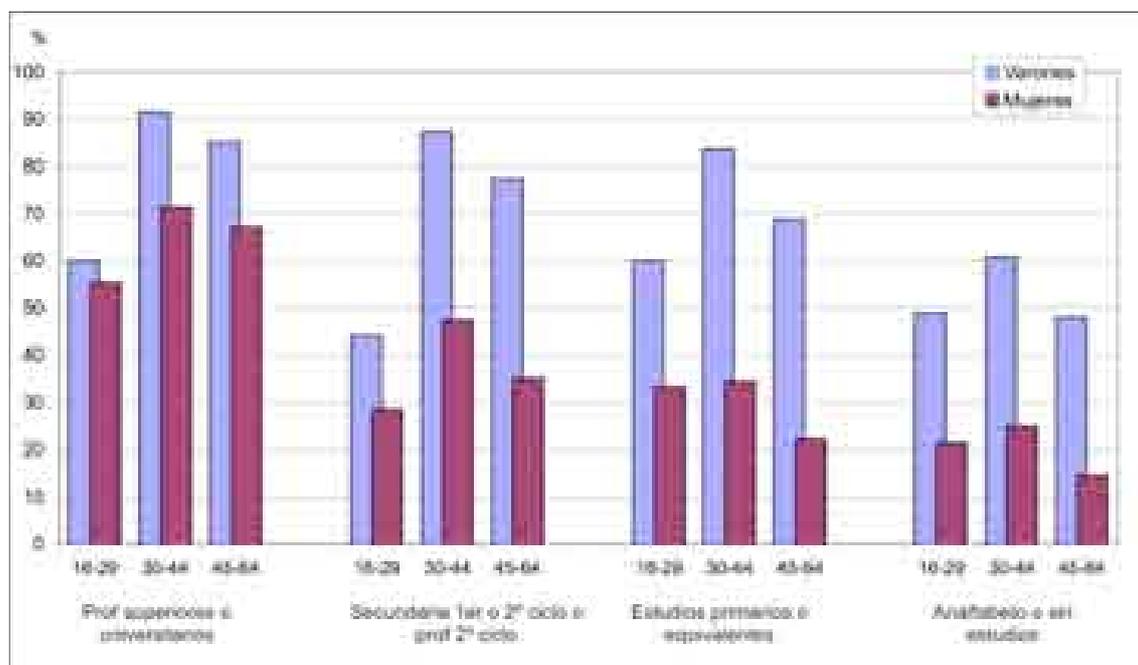
### 5.1.2. Factores socioeconómicos

En este ámbito disponemos de dos de las variables más directamente relacionadas con la ocupación: la educación del sujeto y los ingresos del hogar<sup>62</sup>. Y, en efecto, las dos variables muestran con claridad tal relación. Como era de esperar, el nivel de educación tiene una asociación positiva con la actividad: el 72% de las personas con estudios superiores o universitarios trabaja, frente a un 32% de los analfabetos o sin estudios. Sin embargo las relaciones en este caso no

<sup>62</sup> También podía disponerse de la variable "tipo de ocupación", pero no resultaba de utilidad su aplicación en el modelo, ya que sólo consta para quienes trabajan o están temporalmente ausentes. Es decir, la ausencia de dicho dato impide su integración en un modelo que explique, precisamente, si unos tipos de ocupación tienen asociadas mayores probabilidades de estar trabajando o de no estarlo. Por ejemplo, nuestro interés sería determinar si quienes tienen por ocupación la extracción de minerales tienen más o menos propensión a dejar de trabajar (por prejubilación o para cuidar a alguien) que quienes tienen por ocupación la limpieza doméstica.

son tan simples, porque también existe una interacción importante del nivel de estudios con el sexo y la edad:

**Gráfico 18. Proporción ocupada según sexo y nivel de estudios**



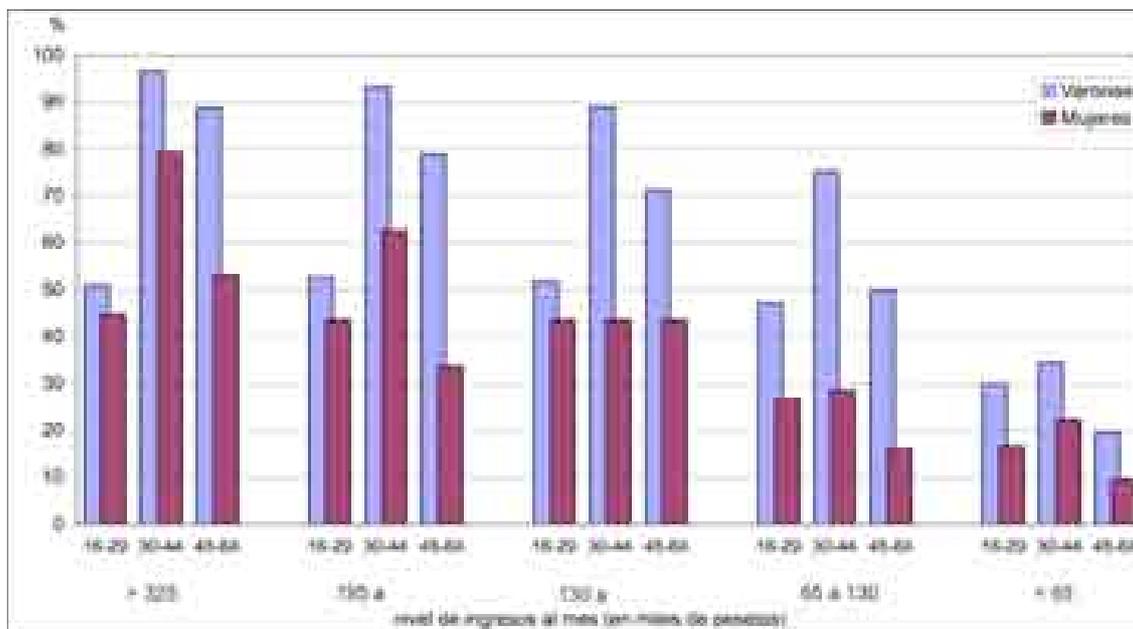
Fuente: Elaboración propia a partir del EDDDES

Las diferencias entre hombres y mujeres para las personas con educación alta son menores (respectivamente 80% y 64%; y especialmente poco entre los adultos jóvenes) que para las analfabetas o sin estudios (51% contra 17%). Además, parece que para los hombres el nivel de educación tiene un efecto negativo sólo para los que no tienen estudios, mientras para las mujeres la relación es más lineal. Con respecto a la edad, entre los hombres de 16-29 años hay aún menos diferencias por nivel de educación. De hecho, hay más proporción de analfabetos y con estudios primarios que trabajan que adultos jóvenes con secundaria (respectivamente 16% y 5%). Es posible que esto sea porque una gran parte de los adultos jóvenes con estudios secundarios (primer y segundo ciclo) todavía están estudiando. Entre las mujeres, sólo las de nivel de primaria trabajan más que las de nivel de secundaria (un 5%). La tendencia positiva entre educación y empleo es muy consistente para las otras dos categorías de edad.

Los niveles de ingresos muestran un patrón similar: La proporción que trabaja disminuye cuando la renta del hogar también lo hace, y es especialmente bajo (un 21%) para las personas que viven en hogares donde la renta no llega a 65.000 ptas. La proporción que trabaja es más alta para los hombres y para los que tienen 30-44 años (hasta 96% para los hombres de 30-44 años) (Gráfico 19). Sin embargo, la tendencia por edad es distinta para las mujeres y para los hombres: Hay proporcionalmente menos mujeres de 45-64 años que trabaja que de 16 a 29 años salvo para la categoría de ingresos del hogar más alta. Para los hombres es lo contrario: los adultos jóvenes trabajan menos que los de 45-64

años salvo cuando los ingresos de hogar son de la categoría más baja. Ingresos del hogar tenían poca influencia en la probabilidad de trabajar para hombres de 16-29 años (cerca 50%) a excepción de la categoría de ingresos más baja (30%).

**Gráfico 19. Proporción ocupada según sexo e ingresos del hogar**



Fuente: Elaboración propia a partir del EDDDES

### 5.1.3. Factores de salud

Sin entrar en demasiado detalle (este apartado está descrito con más profundidad en el informe de EDDDES (INE, 2005) la discapacidad en general, y la dependencia en particular, baja la probabilidad de trabajar. Por esta razón, en vez de estudiar discapacidad y dependencia separados, hemos incorporado la variable discapacidad a la de la dependencia, introduciendo la categoría “personas que no tienen una dependencia pero sí una discapacidad” (las personas con un grado de dependencia tienen por definición una discapacidad pero no todas las que padecen una discapacidad tienen un grado de dependencia). Además, con estas categorías distintas se pueden hacer comparaciones con aquellos que no tienen dependencia ni una discapacidad. Los resultados descriptivos muestran que apenas un 1,6% de las personas con gran dependencia trabaja, mientras que la población laboral sin discapacidad ni dependencia lo hace con un 54%.

Para averiguar si también la relación con el empleo es distinta por sexo y edad hemos tenido que reducir el número de las categorías, ya que había muy pocas personas en la encuesta que tenían un grado de dependencia (0,7% tenía una

dependencia moderada, 0,2% severa y 0,1% gran)<sup>63</sup>. Por tanto, ahora hay una sola categoría para la dependencia, agregando los tres grados de dependencia con las categorías “discapacidad moderada para alguna ABVD” y “discapacidad para alguna AIVD”. Según los resultados, las diferencias en la probabilidad de trabajar entre hombres y mujeres disminuye un poco entre las personas con discapacidad o dependencia (véase Gráfico 20). Sin embargo, no se puede decir que haya una asociación significativa con la edad.

Una persona con discapacidad puede encontrar dificultades para encontrar trabajo como en otros ámbitos de la vida y puede obtener un Certificado de Minusvalía (CM), un documento oficial, expedido por la Administración Pública, que acredita, a través de una valoración multiprofesional (médica, psicológica y social) la condición (temporal o definitiva) de la minusvalía. El documento otorga el derecho a acceder a determinados beneficios sociales y económicos en diferentes ámbitos. Según los resultados, del colectivo poblacional objeto de la encuesta (personas residentes en hogares), 724.012 personas entre 16 y 64 años o 2,7% de la población de la edad laboral tienen dicho Certificado de Minusvalía. Son muchos los beneficios sociales y económicos que pueden obtenerse a través de la obtención del CM, en ámbitos de salud, educación, formación ocupacional y empleo, participación en la comunidad, ocio, adaptación y adquisición de una vivienda, transporte, prestaciones económicas, asistencia personal, reducción de impuestos o apoyo en asuntos legales. Según los datos, un 42% de las personas de edad laboral con un grado de dependencia y un cuarto con una discapacidad sin dependencia eran propietarias de un CM. Lógicamente, la probabilidad de que trabajen los que tienen dicho certificado es más baja que para los que no lo tienen (22% frente el 54%). Con respecto a los que tienen un CM, hay menos diferencias de género en la probabilidad de trabajar (25% frente el 17%), especialmente entre los adultos jóvenes (24% frente el 23%), que en la población sin dicho certificado que en general son personas sanas (véase Gráfico 21).

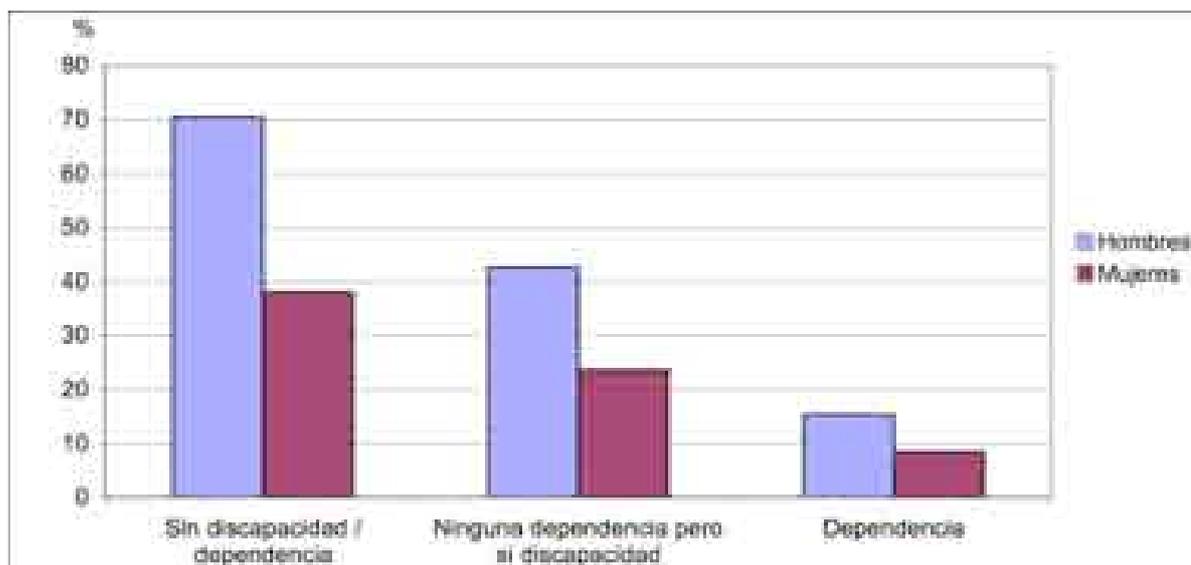
Si observamos la relación entre tener un CM y el grado de dependencia los resultados muestran que un 29% de los que tenían un CM no padece una discapacidad (y un 55% para los que no tienen un CM) (véase Cuadro 90). Igualmente, un alto porcentaje de aquellas personas que son propietarias de un CM no tiene una discapacidad (35%), o por lo menos, declara no tenerla. Ese porcentaje sube a 47% para los que trabajan. Intentando buscar una razón para esa anomalía se vuelve a la definición de qué es una discapacidad<sup>64</sup> y así vemos que no hay una concordancia completa entre las normas que se debe cumplir para obtener un CM y el concepto de una discapacidad, porque se excluyen factores sociales que pueden ser la causa para tener un CM .

---

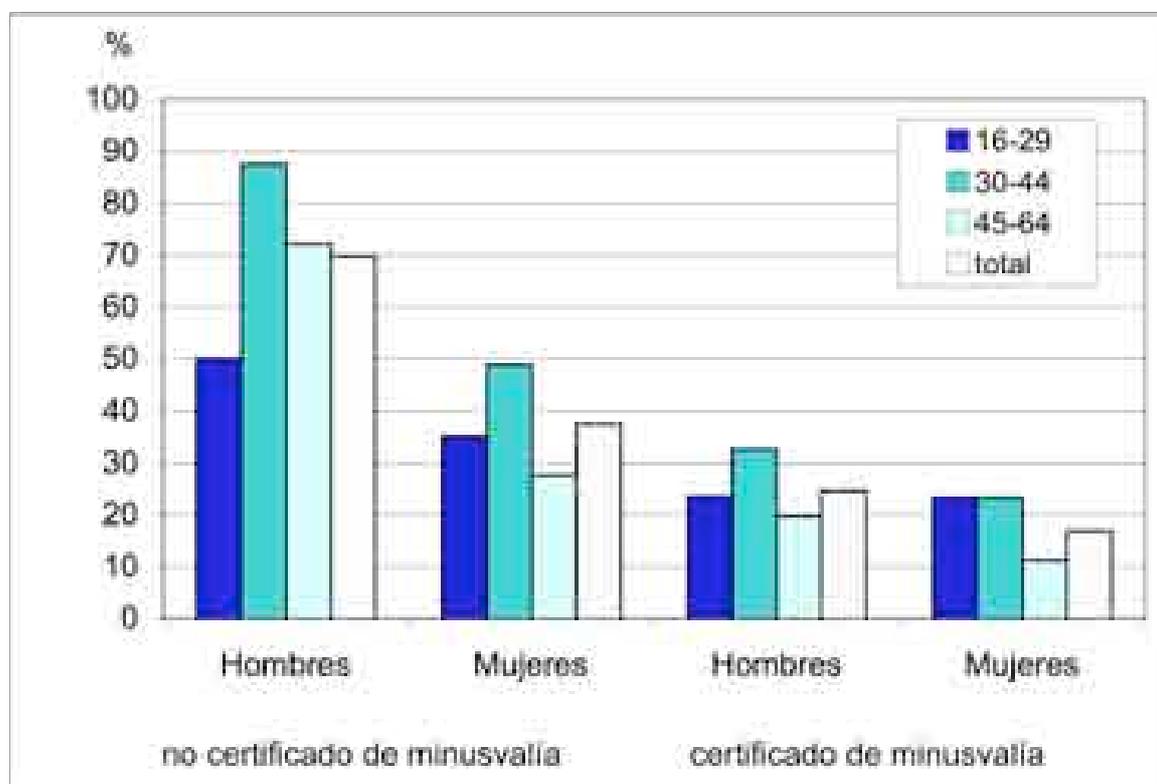
<sup>63</sup> Por ejemplo, sólo cuatro de las personas con una gran dependencia aparecen en la encuesta como ocupadas.

<sup>64</sup> En breve, una discapacidad es la consecuencia que la enfermedad produce a la persona y tiene su origen en una deficiencia (sea sensorial, física o retraso mental) o obedece a procesos degenerativos.

**Gráfico 20. Ocupación según sexo y padecimiento de discapacidad o grado de dependencia**



**Gráfico 21. Ocupación según sexo y posesión de certificado de minusvalía**



Fuente: Elaboración propia a partir del EDDDES

**Cuadro 90. Ocupación según grado de discapacidad/dependencia, y posesión de certificado de minusvalía**

Grado de discapacidad/dependencia	% que trabaja	
	certificado de minusvalía	
	No	Sí
Sin discapacidad	55%	29%
Ninguna dependencia pero sí discapacidad	35%	32%
Discapacidad moderada para ABVD/AIVD	13%	15%
Grado 1, 2 o 3 de dependencia	9%	6%
Total activo	54%	22%
N	25.634.590	724.012

Fuente: Elaboración propia a partir del EDDES

#### 5.1.4. Factores del hogar

Ya sabemos que España es un país típico del sur de Europa conocido por sus cercanas relaciones familiares hasta el punto que muchos hogares contienen más de dos generaciones de la misma familia. Es lógico, entonces, que cuando hay otros miembros en el hogar, la probabilidad que una persona trabaje se pueda ver afectada por ciertas características del hogar y sus miembros.

Utilizando la EDDES se ha averiguado el efecto en el trabajo de cinco tipos de variables relacionados con el hogar y sus miembros: El parentesco, es decir, si el sujeto vive con un padre/madre/hijo/cónyuge; la edad del pariente; si el pariente trabaja; si viven con alguien que tiene una discapacidad o un grado de dependencia, y si prestan cuidado a alguien en el hogar. Naturalmente, se investigan si las probabilidades difieren entre hombres y mujeres y los tres grupos de edades cuando los datos lo permiten.

##### 5.1.4.1 El efecto de tamaño y tipo del hogar

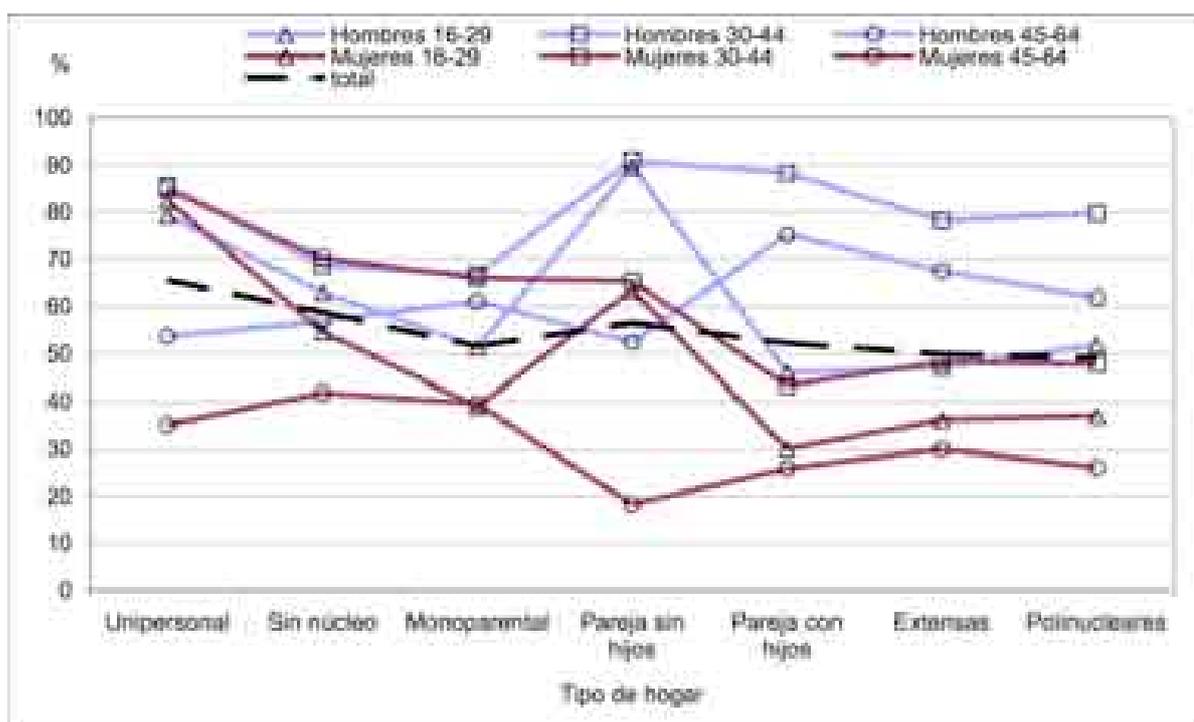
Para las personas en la edad laboral que viven en hogares unipersonales, la probabilidad de trabajar es la más alta. Esa probabilidad va bajando con un aumento en el tamaño del hogar, especialmente entre los hogares unipersonales y los que tienen dos personas (de 66% a 56%). Para las personas que viven en un hogar con 6 o más personas la probabilidad de trabajar es de 47%.

Sin embargo, las probabilidades son muy distintas por sexo y edad (Gráfico 22). Salvo para hogares unipersonales las probabilidades son mucho más altas para hombres.

El tamaño del hogar tiene poca influencia en los hombres de 30-44 años (oscilando entre 80% y 88%). En cambio, para las mujeres en el mismo grupo de edad, la probabilidad baja a 40% para las que viven en hogares con 6 o más personas. La probabilidad para los adultos jóvenes que viven en hogares unipersonales es alrededor de 80% para ambos sexos, un porcentaje que baja con el tamaño del hogar: a 35% y 56% para mujeres y hombres en hogares con 3 personas y algo menos a continuación. Para los adultos de 45-64 años, la probabilidad es muy baja entre las mujeres (35% para las que viven en hogares unipersonales y aun menos en los demás hogares), mientras la probabilidad sube del 54% en hogares unipersonales a cerca del 75% en hogares de 4 o más personas entre los hombres.

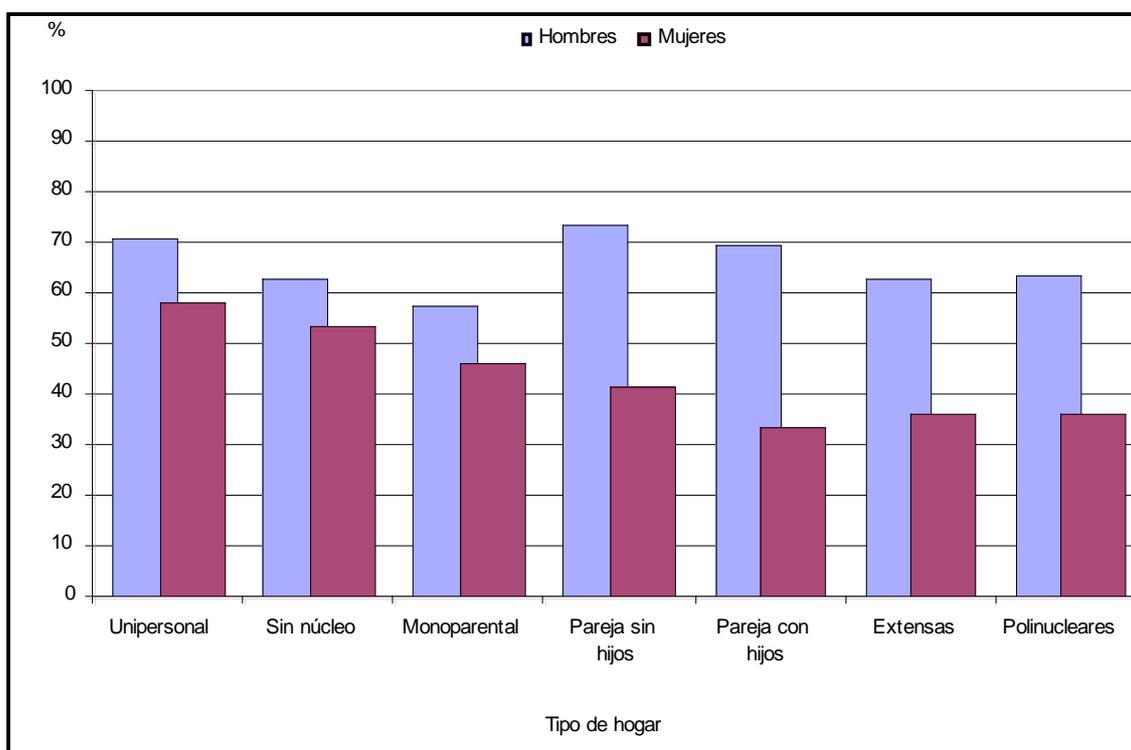
Otro modo de observar diferencias en las probabilidades de trabajar resulta del cruce con el tipo de hogar<sup>65</sup>. Aquí se ve que las diferencias entre hombres y mujeres son más grandes cuando viven en pareja, ya sea con o sin hijos, en hogares extensas o polinucleares.

**Gráfico 22. Ocupación según el tamaño del hogar**



<sup>65</sup> Para nuestros análisis, sólo hemos utilizado los grandes grupos de la tipología del hogar, por motivos metodológicos que se explicitan en el anexo metodológico. La clasificación detallada usada para las agregaciones puede verse en el informe general de la Encuesta (INE, 2005).

**Gráfico 23. Ocupación según tipo hogar**

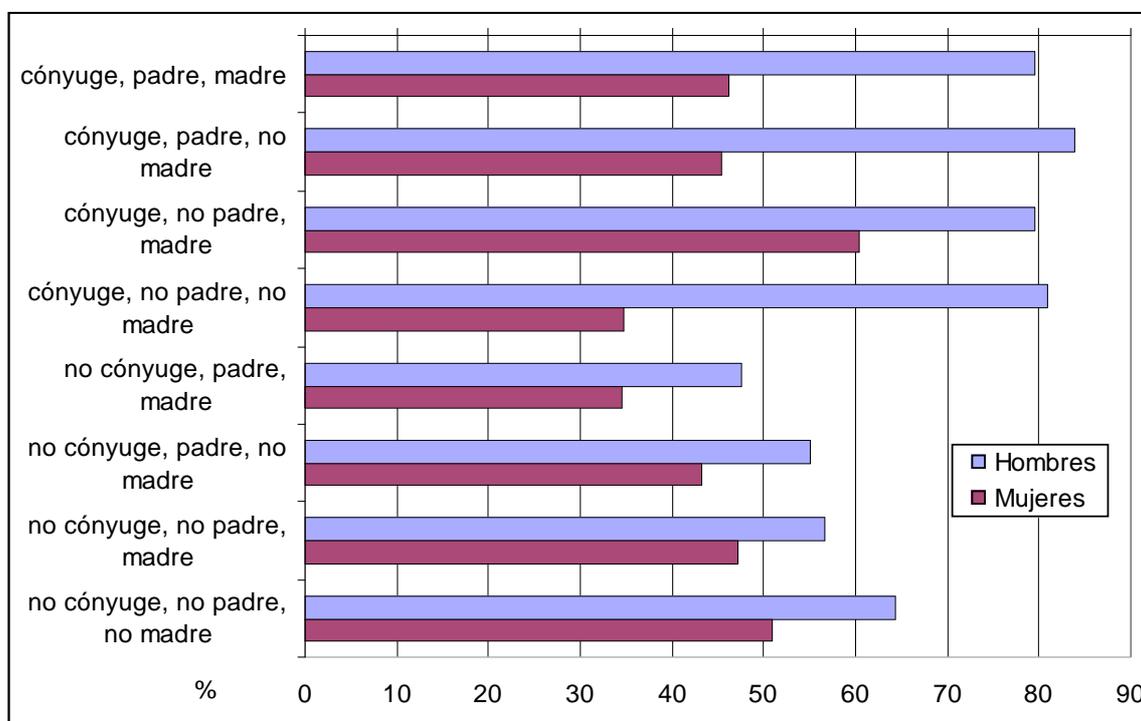


Fuente: Elaboración propia a partir del EDDDES

#### *El efecto de las características de los demás miembros del hogar*

Otro aspecto que queríamos estudiar con detalle es la relación entre las características de los demás miembros del hogar y la probabilidad que un individuo trabaje. Por ejemplo, analizando si hay una diferencia entre que el sujeto viva con su madre, padre, cónyuge o con hijos y si esas relaciones son iguales para hombres y mujeres. Los resultados enseñan que lo más fundamental para que los hombres tengan una alta participación laboral es tener un cónyuge (81% trabaja en frente del 52% cuando no tiene cónyuge). En el caso de que, aparte de vivir con cónyuge, además él viva con su padre, madre o ambos, esto no tiene efecto en su participación laboral. Al contrario, para las mujeres, tener un cónyuge disminuye la probabilidad de trabajar (35% frente a 40%), excepto cuando también vive con madre y sin padre (60%). Cuando no vive con un cónyuge, para ambos sexos la probabilidad de trabajar es más alta cuando tampoco viven con sus padres y es más baja cuando viven con los dos. Las probabilidades son para las mujeres entre 10% y 13% más baja que para los hombres, es decir, con bastante menos diferencia que cuando sí tiene cónyuge (véase Gráfico 24).

**Gráfico 24. Ocupación según convivencia con cónyuge, padre o madre en el hogar**



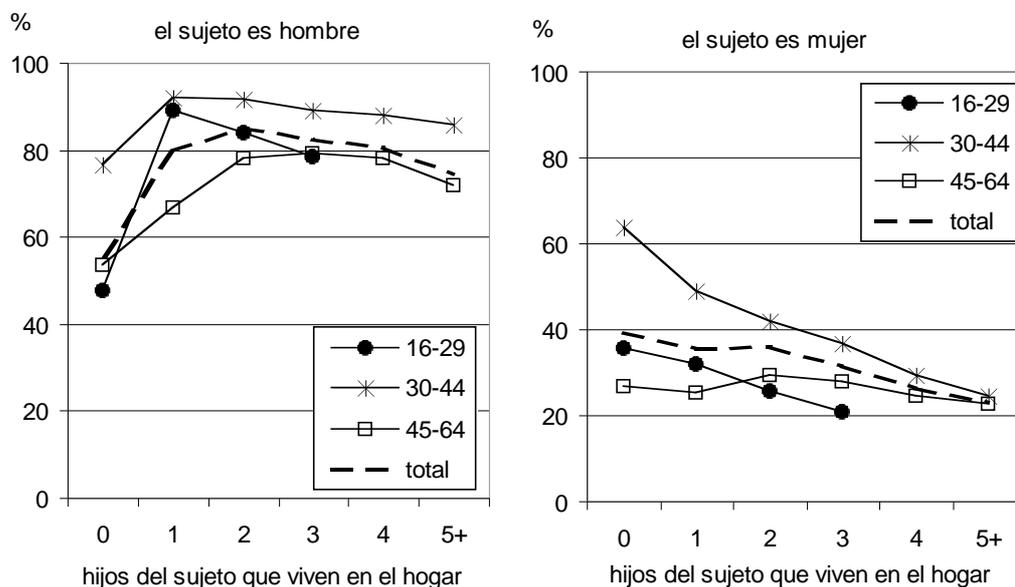
Fuente: Elaboración propia a partir del EDDDES

Cuando un individuo tiene hijos en su hogar, también hay un efecto en la probabilidad de trabajar (también era distinto entre hombres y mujeres). Mientras la probabilidad de trabajar aumenta para los hombres de 56% cuando no tiene hijos en el hogar a 80% cuando tiene uno, en caso de las mujeres la probabilidad disminuye de 39% a 36%. Para los hombres, el ascenso en la probabilidad es más fuerte para el primer grupo de edad.<sup>66</sup> En cambio sólo hay un descenso notable en la probabilidad de trabajar entre mujeres sin hijos y con uno de la edad 30-44, es decir, de 64% a 49%. La probabilidad de trabajar baja algo cuando hay más hijos, salvo para los hombres de 45-64 años donde la sube hasta los 3 hijos y para las mujeres de la misma edad donde la probabilidad de trabajar es muy constante entre todas las categorías<sup>67</sup> (véase Gráfico 25). Las probabilidades de trabajar son muy similares con respecto a hijos o hijas (véase Cuadro 1).

<sup>66</sup> A primera vista se puede pensar que eso fue por las diferencias dentro de la categoría de edad (por ejemplo porque muchos de los que tienen entre 16 y 24 años todavía no han terminado su carrera), pero los datos sólo lo muestran para los que no tienen hijos en su hogar: La probabilidad de trabajar para los de 16-24 años es de 34% frente al 70% para los hombres de 25-29 años. Sin embargo, esa diferencia desaparece completamente cuando hay hijos (87% para ambos grupos de edad).

<sup>67</sup> Eso ocurre para cada edad quinquenal dentro de este grupo de edad, salvo para los que tienen de 45 a 49 años donde la probabilidad disminuye a partir del segundo hijo.

**Gráfico 25. Ocupación según sexo, edad y convivencia con hijos**



Fuente: Elaboración propia a partir del EDDDES

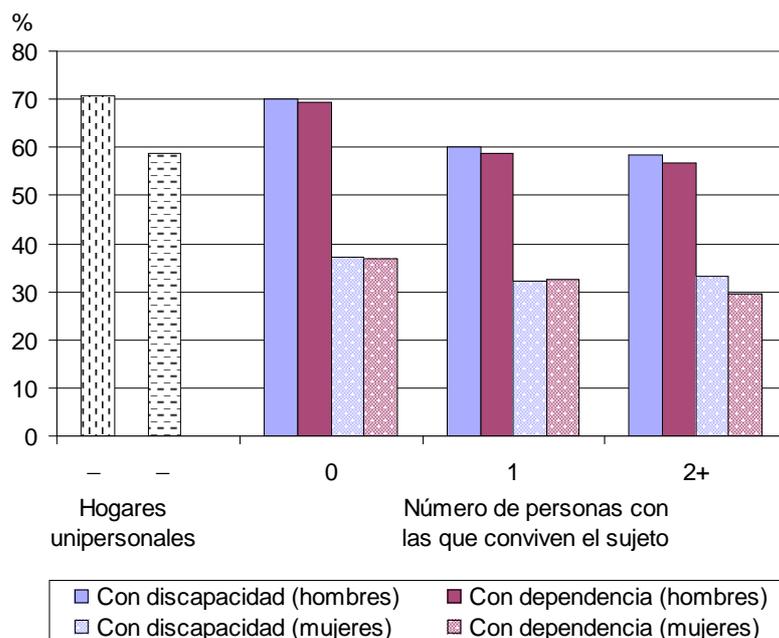
#### *El efecto de la salud de los demás miembros del hogar*

No es sorprendente que cuando hablamos de los más mayores, llegue un momento que ellos necesiten cuidado por razones de salud. Como todavía es costumbre en España, en muchas ocasiones una familiar toma la responsabilidad de cuidar a esa persona, sea en su hogar o en el hogar del anciano porque mucha gente mayor prefiere vivir independientemente el máximo de tiempo posible. Cuando se muda a un familiar esto puede afectar la vida laboral de los demás miembros del hogar. Lo mismo puede ocurrir si es un hijo o el cónyuge que tiene una discapacidad y necesita cuidado. También hay otros motivos por el cual un adulto puede vivir con otros parientes (habitualmente los padres), como por razones de su propia salud o porque todavía está estudiando y eso también afecta a la actividad. Para poder comparar utilizamos las personas que no están en esta situación como referencia (por ejemplo, que no viven con un padre o con alguien con discapacidad).

Según los resultados de la encuesta, hay poca diferencia en la probabilidad de trabajar entre alguien que viva con uno, dos o más personas en el hogar con una discapacidad. Sin embargo, esta probabilidad es un 7% más baja para las personas que viven en hogares compartidos pero sin alguien con discapacidad. Comparado con las demás personas, en el hogar donde hay una discapacidad con un grado de dependencia, la diferencia en las probabilidades es insignificante. La discapacidad de los demás miembros del hogar afecta algo más a los hombres en la probabilidad de trabajar que a las mujeres (una

diferencia de cerca de 10% entre hombres que tiene y no tiene una o más personas en el hogar con discapacidad o dependencia y un 5% en el caso de las mujeres) aunque el cambio es relativamente igual ya que la probabilidad de que una mujer trabaje es la mitad que la de un hombre (Gráfico 26).

**Gráfico 26. Ocupación según el número de miembros del hogar con discapacidad y su grado de dependencia**



Fuente: Elaboración propia a partir del EDDDES

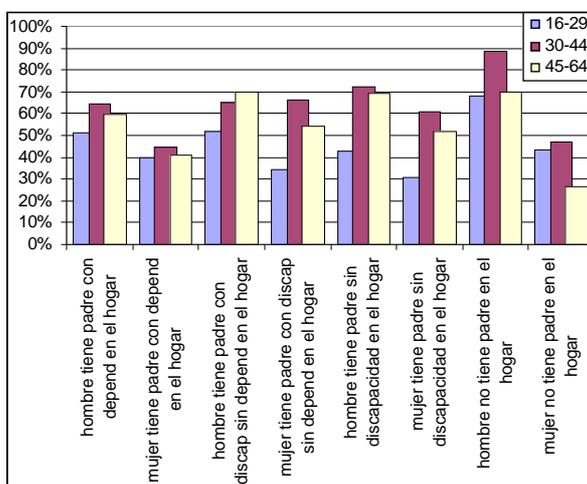
En el ámbito de la salud de los demás miembros del hogar, la probabilidad de trabajar para un sujeto con un padre con discapacidad o dependencia es algo más baja que cuando pertenece a una madre. Observando la edad y el sexo del sujeto<sup>68</sup> parece que tener un padre con discapacidad o dependencia afecta más la actividad que si es una madre cuando el sujeto es un hombre de 16-29 años o una mujer de 30-44 o 45-64 años. Al mismo tiempo, la presencia de un padre o madre con o sin discapacidad sólo tiene un pequeño efecto negativo sobre la probabilidad de trabajar para los hombres de 30-44 y 45-64 años, mientras que para aquellos con una edad inferior la relación es inversa y más pronunciada. En el caso de las mujeres se ve la diferencia cuando pertenece a madres con dependencia y no para los adultos jóvenes. Sin embargo, las grandes diferencias entre hombres y mujeres se observan cuando no conviven con padre o madre: las mujeres trabajan aún menos (salvo entre las que tienen de 16 a 29 años), mientras que los hombres trabajan más (hasta un 90%) (véase Gráfico 27a y b).

<sup>68</sup> Cuando se observa la Cuadro 89, parece que la probabilidad de trabajar es más alta cuando vive con un padre o madre con discapacidad. Eso se explica por la edad del sujeto: los más jóvenes todavía viven con los padres cuando la probabilidad de trabajar es menor (los resultados por edad y sexo enseñados en los gráficos 11<sup>a</sup> y 11b son perfectamente consistentes).

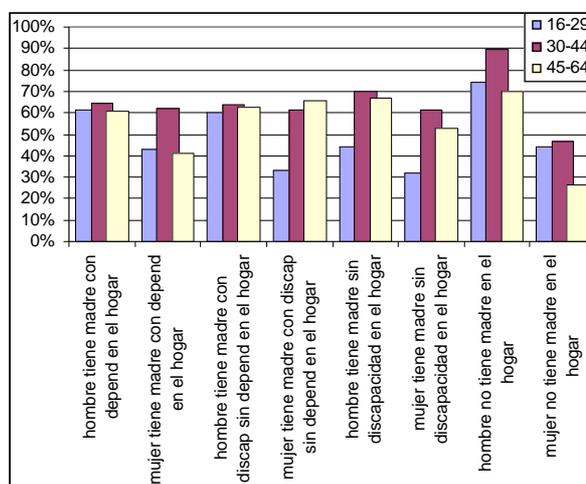
Las diferencias entre hombres y mujeres son también amplias cuando se analiza la relación entre el trabajo y la presencia de un cónyuge y su estado de salud. Ya hemos visto anteriormente que las diferencias en las probabilidades de trabajar entre hombres y mujeres son muy pequeñas (especialmente para la edad de 30 a 44 años) cuando no hay cónyuge, mientras que la diferencia de género es de un 50% cuando existe el cónyuge (Gráfico 27c). Sin embargo, la probabilidad de trabajar es inferior en ambos sexos cuando el cónyuge, además de discapacidad, tiene un grado de dependencia (un 25% inferior en los hombres y 17% en las mujeres), y también cuando el cónyuge “únicamente” tiene una discapacidad (12% para ambos sexos).

**Gráfico 27. Ocupación según según convivencia con padre, madre, cónyuge o hijos afectados por discapacidad.**

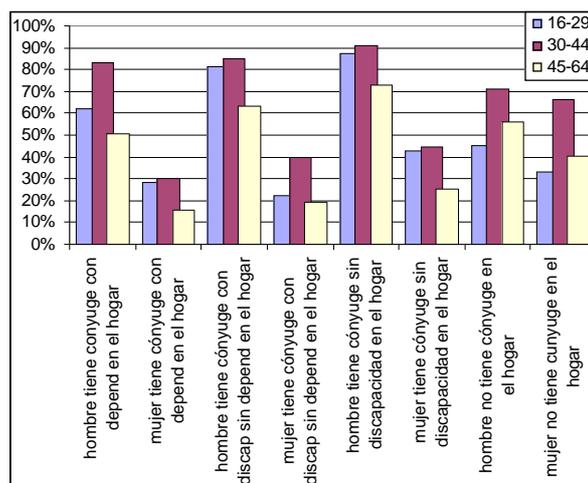
a. padre



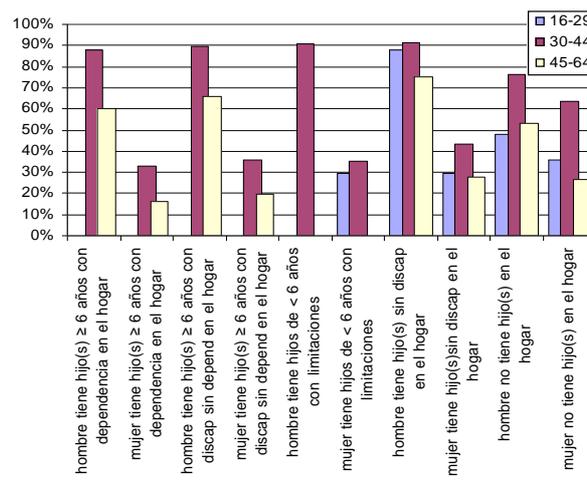
b. madre



c. cónyuge



d. hijos



Fuente: Elaboración propia a partir del EDDDES

En el caso de los hijos (Gráfico 27d), el patrón es muy semejante al del cónyuge: los hombres trabajan menos cuando no tienen hijos en cada grupo de edad, aun comparando con los que tienen hijos con dependencia, discapacidad, o

limitación (si son niños menores de 6 años). En cambio, las mujeres que no tienen hijos trabajan en mayor proporción en general, aunque la edad supone algunas diferencias. La probabilidad de trabajar para las mujeres de 45 a 64 años es muy baja cuando tienen un hijo con un grado de dependencia (16%) o una discapacidad (20%) en el hogar y no mucho más alta cuando tiene hijos sin discapacidad (28%) o no tienen hijos en el hogar (27%). En cambio, para las mujeres de 30-44 años el porcentaje es de 33%, 36%, 43% y 64%, respectivamente<sup>69</sup>. Es decir, el hecho de trabajar entre las mujeres de 30-44 años depende más de tener hijos o no tenerlos, mientras para las mujeres de 45-64 la diferencia fundamental está en tener un hijo con discapacidad o no<sup>70</sup>.

#### *Actividad laboral de los demás miembros del hogar*

Además de la salud de los demás miembros del hogar, un aspecto que también puede afectar el hecho que el sujeto trabaje es la actividad de los demás miembros del hogar. En el caso de que el padre que vive en el hogar trabaje, un 42% de los hombres y 30% de las mujeres con edad laborable también lo hace, mientras que si el padre no trabaja, la probabilidad aumenta hasta el 59% y 44%. Este hecho está relacionado con la edad, porque el padre suele estar jubilado. Por ejemplo, cuando se restringe la edad del sujeto al intervalo 30-44 años, las diferencias en función de la ocupación del padre son sólo de 8 puntos para hombres y de 5 para mujeres (véase Anexo).

De cualquier manera, es difícil decir algo sobre una relación directa entre la actividad de padre e hijo porque no tenemos información cualitativa. No obstante, sabemos que cuando no hay padres en el hogar la probabilidad de trabajar es mucho más alta para los hombres (77% trabajaba) pero no para las mujeres (38%) (Gráfico 28).

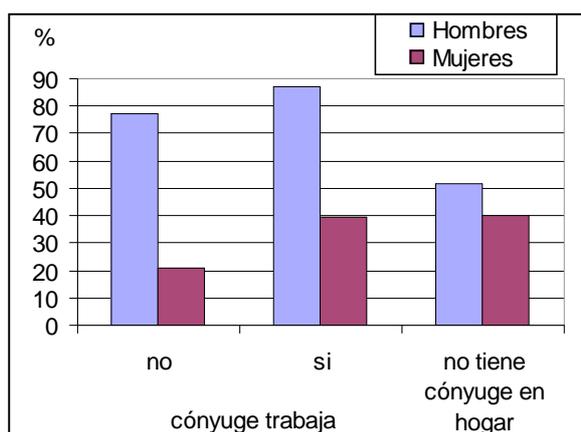
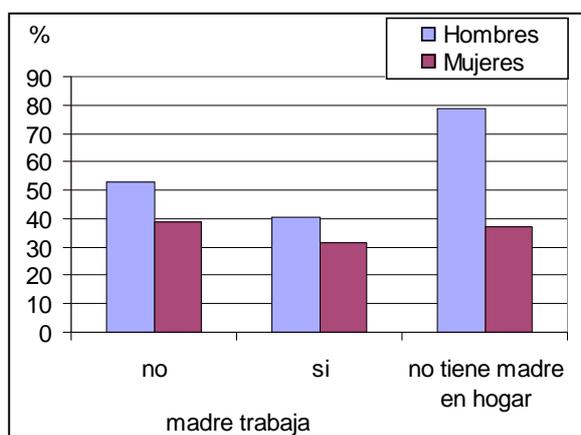
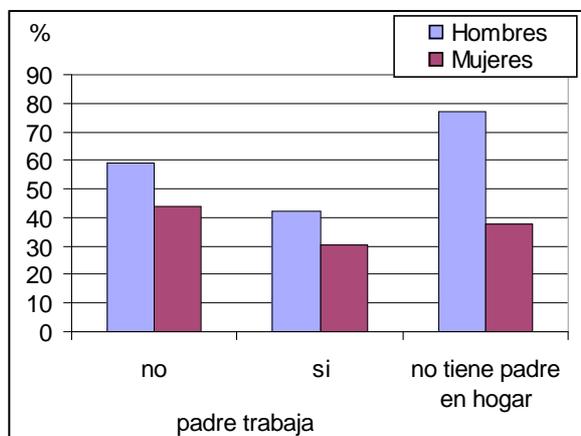
Los porcentajes son muy similares cuando se refieren a la influencia de la ocupación de las madres, pero no cuando se observa la de la ocupación del cónyuge en el hogar. Un 87% de los hombres trabajan cuando viven con un cónyuge que también lo hace. Eso es un 10% menos cuando el cónyuge no trabaja, pero sólo la mitad de los hombres trabaja cuando no viven con un cónyuge. Entre las mujeres, sólo una de cada cinco trabaja cuando su cónyuge no lo hace y, en cambio, tener un cónyuge que trabaja coincide con la propia ocupación en un 39% de los casos, más o menos la misma proporción que cuando no se convive con un cónyuge (Gráfico 28).

---

<sup>69</sup> No se puede decir nada definitivo sobre las categorías con pocos casos (< 25 personas encuestadas), es decir hombres y mujeres de 16-29 años con hijos mayor de 5 años con dependencia y discapacidad; hombres de 16-29 años; y hombres y mujeres de 45-64 años con hijos menor de 6 años con una limitación en el hogar.

<sup>70</sup> También se ha analizado la diferencia entre tener un niño menor de 6 años en el hogar que padece una limitación o no, pero eso no tiene un efecto en la probabilidad de que un hombre de 30-44 años trabaje. En cambio, para las mujeres de la misma edad sí existe un efecto, aunque no tiene más efecto comparado con las mujeres con un niño mayor de 5 años con discapacidad. Para las madres de edad de 16-29 años no hay diferencia con las madres que tiene hijos sin limitaciones.

**Gráfico 28. Ocupación según la ocupación del padre, la madre y el cónyuge**

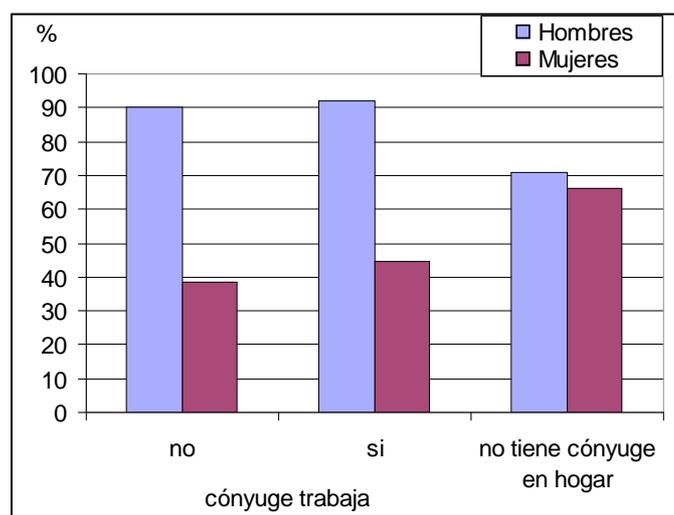


Fuente: Elaboración propia a partir del EDDDES

Por esta razón, hemos repetido los análisis, seleccionando sólo el grupo de edad de 30 a 44 años, es decir, sin el sesgo de los que todavía no han acabado su formación, o en el otro extremo de las edades, de los que ya se han jubilado. Aun así permanecen las diferencias, especialmente las asociadas al hecho de tener o no un cónyuge. Por ejemplo, mientras el 90% de los hombres trabaja cuando viven con un cónyuge (que puede trabajar o no), esta proporción baja

hasta el 71% no se da tal convivencia. Para las mujeres, la relación es la contraria: no tener un cónyuge hace que aumente la probabilidad de trabajar hasta el 66%.

**Gráfico 29. Ocupación según la presencia y ocupación del cónyuge, en personas de 30-44 años**



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDES

Para buscar una explicación de las diferencias de género en relación con la probabilidad de trabajar en este grupo de edad, analizamos algunas características de los sujetos que tienen cónyuge (éste puede trabajar o no) y de los que no tienen. Los resultados, detallados en el Anexo, muestran que las diferencias de género en la probabilidad de que un sujeto sin cónyuge trabaje son muy escasas en función del nivel de discapacidad, educación y la convivencia con uno o ambos padres. Sin embargo, las diferencias se mantienen cuando el hombre tiene hijos aunque no tenga cónyuge por lo cual su probabilidad de trabajar es semejante a la de los hombres con cónyuge con o sin hijos (cerca del 90%). En cambio, quienes no tienen hijos ni cónyuge muestran una ocupación inferior en un 20%.

Para las mujeres la probabilidad de trabajar es más alta cuando no hay cónyuge en el hogar y aunque el porcentaje es algo más alto si se tiene 1 o 2 hijos que si no se tiene ninguno o el número es mayor que 2, el número de hijos no introduce realmente grandes diferencias. Por otra parte, una mujer sin hijos tiene la misma probabilidad de trabajar cuando tiene un cónyuge que trabaja o cuando no tiene cónyuge (cerca del 65%).

Para ambos sexos, la relación entre la ocupación del sujeto y del cónyuge no parece afectada por la educación del sujeto. Sin embargo, el nivel de estudios sí tiene algún efecto en la relación entre tener trabajo y tener un cónyuge, aunque para los hombres esta relación rige principalmente entre los analfabetos (el 77% de ellos trabajan cuando existe el cónyuge y sólo 38% cuando no lo hay). Para las mujeres, no tener cónyuge aumenta la probabilidad de trabajar sea cual sea el nivel de estudio, pero especialmente cuando es un nivel de primaria o secundaria, en cuyo caso la probabilidad de trabajar se acerca incluso a la de las

mujeres que tienen nivel universitario (que es un 76%) y a la de los hombres con el mismo nivel de educación.

Por último, tener un cónyuge que trabaje no influye en la probabilidad de que un hombre de 30-44 años lo haga si también vive con su madre, padre, ambos o ninguno de sus padres. Tampoco hay diferencia cuando su pareja no trabaja, pero la probabilidad disminuye cuando la persona no tiene cónyuge, especialmente cuando vive sólo con un su padre o su madre (aunque incluso así un 64% de ellos está ocupado). En cambio, entre las mujeres, sí hay mucha diferencia según la existencia o no en el hogar de padres o cónyuge en la probabilidad de trabajar. Por ejemplo, salvo para las mujeres que vivían con su madre, la probabilidad de trabajar es baja si conviven con un cónyuge que tampoco lo hace<sup>71</sup>. Las probabilidades son más altas cuando el cónyuge está ocupado (hasta el 67% cuando, además, se convive con la madre pero no con el padre), pero en general algo menos que cuando las mujeres no tiene cónyuge en el hogar (hasta 73% si tampoco vive con ninguno de los progenitores). En otras palabras, muchas de las mujeres tiene claramente otro papel en el hogar cuando vive con su padre (también como cuidadora), mientras que cuando la madre veve con ella, su probabilidad de trabajar no cambia en función de si el cónyuge trabaja o no.

#### 5.1.4.2 *El cuidado*

Si se convive con alguien que necesite cuidado, la persona más afectada laboralmente en su ocupación es, como cabe esperar, el cuidador principal. Hay un efecto negativo claro en la probabilidad de que el sujeto trabaje si tiene que cuidar de alguien, en ambos sexos y en cada uno de los tres grupos de edad. Para los hombres el efecto aumenta con la edad y para los de 45-64 años, la probabilidad de estar ocupados es un 44% frente al 70% de quienes no asumen la función cuidadora. Para las mujeres, la diferencia se destaca más en la edad de 30-44 años, pero es sólo un 12% (véase también Gráfico 30). En términos relativos, si no se distinguen edades, el cuidado afecta igual a los hombres que a las mujeres (baja un 27-28% para el conjunto de las edades).

Estos datos también se pueden interpretar de otra manera, especialmente para los hombres. Si ellos son cuidadores, sus tasas de empleo son más bajas, mientras que para las mujeres, como ya tienen tasas más bajas, el efecto de tener que cuidar a alguien en la probabilidad de trabajar sólo aparece a partir de un cierto umbral en la carga horaria (Sarasa, 2006). No es lo mismo cuidar a alguien algunas horas, que cuidar a esta persona y al mismo tiempo tener un trabajo remunerado. Aun así, existen personas que cuidan más de 40 horas por semana y trabajan al mismo tiempo (y algunos de ellos más de 60 horas<sup>72</sup>). En efecto, mientras el 69% de los hombres y el 37% de las mujeres que no cuidan a

---

<sup>71</sup> Las celdas, antes de ponderar, contuvieron demasiados pocos casos para dar un porcentaje aquí.

<sup>72</sup> Hay pocos casos en algunas categorías y poca diferencia en otras, por eso hemos reducido el número de categorías para el análisis multivariante. En este ejemplo, para los hombres sólo había 15 casos reales que cuidaban entre 41 y 60 horas.

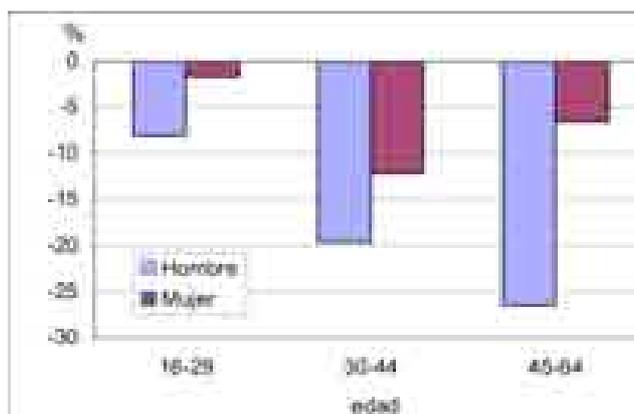
nadie trabaja, la proporción se reduce al 35% para los hombres y el 22% para las mujeres cuando cuidan a alguien más de 40 horas.

Mientras para los hombres cuidadores, el efecto de cuidar una hora más en la probabilidad de trabajar parece casi lineal, para las mujeres hay un efecto pequeño al principio (un 6% entre no cuidar y hacerlo hasta 7 horas) que se acentúa a medida que la carga se aproxima a las 40 horas (Gráfico 31).

Igualmente los años que alguien lleva prestando cuidado afectan a la actividad laboral (Gráfico 32). Aquí la tendencia para hombres y mujeres parece contraria a la observada respecto a las horas semanales, porque para hombres la diferencia entre los que cuidan y los que no presenta escasas diferencias en función del tiempo que duran los cuidados (tal vez con la excepción de los que cuidan ya más de 8 años, en cuyo caso sólo el 45% trabaja). En cambio, para las mujeres, por cada año de cuidados la probabilidad de trabajar disminuye gradualmente (hasta el 24% de las cuidadoras durante más de 8 años).

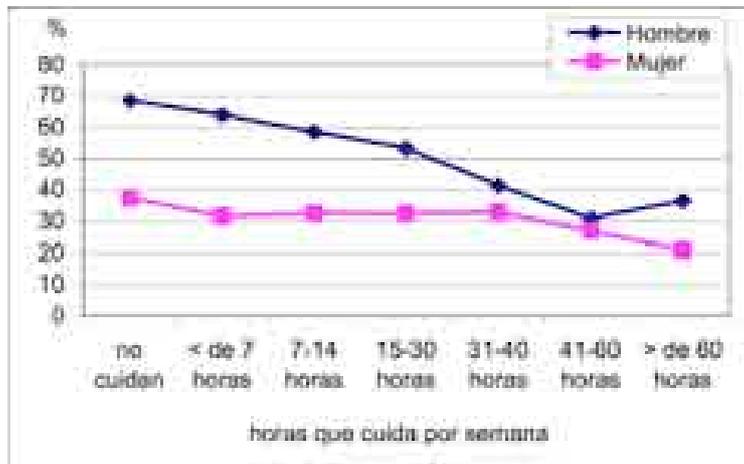
La última variable que se comprueba es la percepción de ayuda económica por parte del cuidador. Si se compara la influencia en el trabajo entre los hombres y las mujeres, se observa que la ayuda favorece a las mujeres la ocupación femenina (de hecho, la probabilidad es casi un 50% y un 11% más que para las mujeres que no cuidan). Al contrario, no recibir ayuda económica tiene un efecto negativo en la probabilidad de trabajar para ambos sexos, pero especialmente para los hombres (un 20% menos) (Gráfico 33).

**Gráfico 30. Ocupación de los cuidadores, por sexo y edad, en relación a los no cuidadores**



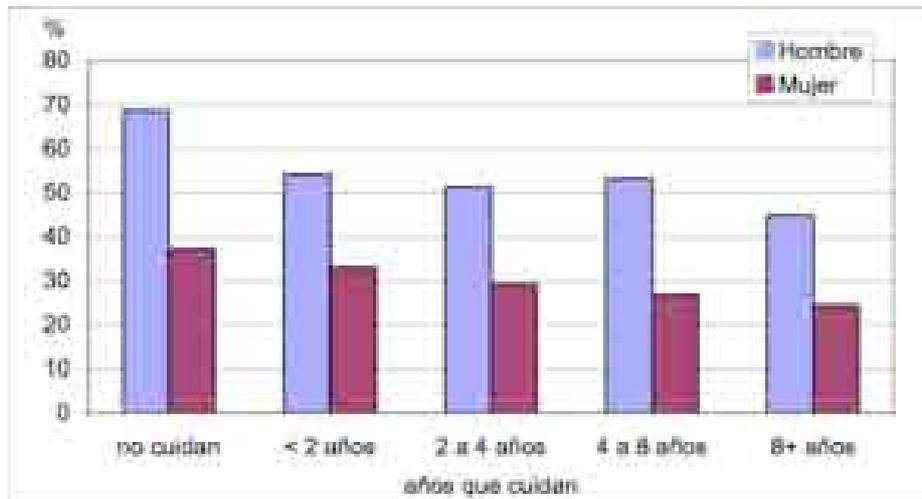
Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES

**Gráfico 31. Ocupación según sexo y número de horas semanales dedicadas a cuidar**



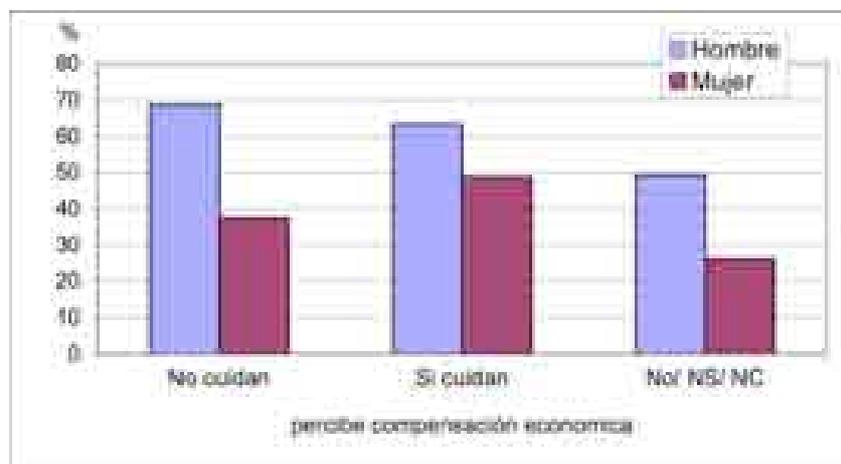
Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES

**Gráfico 32. Ocupación según sexo y duración de los cuidados**



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES

**Gráfico 33. Ocupación según el sexo, la función cuidadora y la percepción de ayuda económica**



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES