

**“LA PROVISIÓN DE CUIDADOS INFORMALES A LAS PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD: HORAS DE CUIDADOS Y PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO  
LABORAL”**

**“INFORMAL CARE FOR THE DISABLED: HOURS OF CARE AND LABOUR MARKET  
PARTICIPATION”**

**Resumen:**

En este trabajo se analiza el perfil de las personas que proporcionan cuidados informales a personas discapacitadas en Andalucía –y se compara con el resto de España-, y se evalúa cómo la atención a estas personas condiciona las posibilidades de las mujeres en el mercado de trabajo.

Los resultados permiten afirmar que la fuerte feminización de la atención a las personas discapacitadas afecta de forma significativa a sus posibilidades laborales constriñendo las oportunidades de progreso de las mujeres. Los efectos no se restringen al mercado laboral sino que van acompañados de un deterioro general de sus condiciones de vida.

**Abstract:**

In this paper we analyze the profiles of those who provide informal care to disabled people. Among other issues we assess how care-giving for disabled people constraint labor market opportunities of women.

The results confirm that the strong feminization of care for people with disabilities significantly affect the employability of women care-givers, constraining advancement opportunities of a large group of society and therefore the whole of it. Furthermore, the effects are not restricted to the labor market but are also accompanied by a general deterioration of living conditions.

**Palabras clave:** Discapacidad, género, cuidados, mercado laboral, Andalucía.

**Key words:** Dependence, disabled, gender, care-giving, labor market, Andalucía.

**Clasificación JEL:** J14, J16, R13.

Oscar D. Marcenaro-Gutiérrez<sup>1</sup>

Facultad de CC. Económicas y Empresariales (Universidad de Málaga)

Dpto. de Economía Aplicada (Estadística y Econometría, 15)

Plaza de El Ejido, s/n, 29071 Málaga. Tlfno: +34 952137003

Email: [odmarcenaro@uma.es](mailto:odmarcenaro@uma.es)

DNI: 32046488J

Rocío de la Torre Díaz

Fundación Centro de Estudios Andaluces (Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía)

Plaza de la Magdalena nº9, 4ª planta

41001 Sevilla

Tlfno. +34 954787012

Email: [rocio.delatorre@centrodeestudiosandaluces.es](mailto:rocio.delatorre@centrodeestudiosandaluces.es)

DNI: 44592796M

Mónica Domínguez Serrano

Departamento de Economía, Métodos Cuantitativos e Historia Económica

(Universidad Pablo de Olavide)

Carretera de Utrera, Km. 1

41013. Sevilla

Teléfono: +34 954 34 9279

Email: [mdomser@upo.es](mailto:mdomser@upo.es)

DNI: 34034304P

---

\* Autor para correspondencia. Oscar D. Marcenaro agradece la ayuda financiera recibida de la Fundación Centro de Estudios Andaluces.

## 1. Introducción.

La aprobación en diciembre de 2006 de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD)* ha intensificado el debate en la sociedad española y Andalucía sobre los retos a los que nos enfrentamos ante el creciente fenómeno de envejecimiento de la población.

En concreto el interés en este trabajo de investigación se ha centrado en la atención a las personas discapacitadas en Andalucía y su comparación con el resto de España, por una triple razón. Por una lado, por el enorme peso relativo en la sociedad de este colectivo humano, ya que según los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), la cifra de personas residentes en hogares ubicados en territorio español que declararon, en 2008, padecer alguna discapacidad ascendió a 3,85 millones (8,5% del total de la población), la importancia de esta cifra es aún más notable en el caso de las mujeres que representan el 60% de esa cuantía, con una fuerte concentración en las mayores de 45 años<sup>2</sup>, tanto en Andalucía como el resto de España<sup>3</sup>. Estos porcentajes sólo están muy ligeramente por debajo de los observados en la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) realizada con el mismo objetivo en 1999, lo que puede tomarse como medida de la relevancia y constancia de este fenómeno. Por otro lado, porque la atención a estas personas ponen de relieve la importancia de la familia y, especialmente de las mujeres, en la provisión de cuidados a dependientes, en general, y en particular a las personas que sufren algún tipo de discapacidad, pues la provisión de cuidados por parte del sector público y del voluntariado ha sido históricamente testimonial. Por último, las diferencias idiosincráticas entre regiones del sur y del norte pueden condicionar la intensidad del fenómeno de atención a las personas discapacitadas, tal como se ha observado a nivel internacional, por lo que el análisis regional cobra mucha relevancia.

En concreto centraremos nuestros análisis en caracterizar el perfil socio-demográfico de las personas cuidadoras, así como en evaluar la intensidad de los cuidados realizados por cuidadores y cuidadoras informales, es decir los prestados por familiares y amistades de forma altruista y en qué

---

<sup>2</sup> Como consecuencia de un mayor porcentaje de personas con discapacidad mayores de 64 años (57,8%).

<sup>3</sup> La tasa discapacidad en Andalucía se sitúa muy por debajo de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, y de las CCAA de Galicia y Extremadura, que son las que presentan un peor ratio a este respecto.

medida la realización de esa actividad condiciona sus posibilidades laborales. Completaremos nuestros análisis con una evaluación de otras repercusiones que la prestación de cuidados informales puede llevar aparejadas que, por su importancia, requieren ser tomadas en consideración y deben llevar a una profunda reflexión de la sociedad en su conjunto; así evaluaremos si las repercusiones laborales son extrapolables al ámbito familiar y a la propia salud de la persona cuidadora, y si estas repercusiones difieren en función del sexo de la persona que presta los cuidados informales.

En lo que respecta a la literatura previa relativa a nuestro objeto de estudio, en el ámbito español destaca el trabajo de Jiménez y Vilaplana (2009) que analizan la relación entre cuidados formales e informales, tratando de determinar si debemos hablar de un efecto sustitución o complementariedad entre ambos tipos de cuidados; restringen la muestra los cuidados prestados a personas dependientes de 40 años o más<sup>4</sup>, por lo que tanto el objetivo como la población analizada difieren en nuestro estudio. Más cercana a nuestra investigación se encuentra la aportación de Crespo y Mira (2010) que, empleando datos de la Encuesta Europea sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación (*SHARE*), concluyen afirmando la existencia de un dilema entre la intensidad de los cuidados prestados por hijas a sus progenitores/as dependientes y la participación en el mercado laboral, comparando diferentes países europeos<sup>5</sup>.

El resto del trabajo se estructura como sigue: en el segundo epígrafe se presentan los datos que sirven de base al análisis realizado, antes de presentar, en la sección tercera, los resultados de las estimaciones realizadas. Finalizaremos aportando algunas conclusiones sobre el perfil de las personas que prestan los cuidados informales en Andalucía, y su comparación con el resto de España, los dilemas a que se enfrentan en términos de prestación de cuidados y/o participación en el mercado laboral, y otro tipo de repercusiones, aportando algunas reflexiones sobre esta cuestión en el apartado de conclusiones –sección cuarta-.

## **2. Datos**

### **2.1. Fuente estadística**

---

<sup>4</sup> En concreto hacen uso de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999)..

<sup>5</sup> La muestra está compuesta únicamente por mujeres de entre 50 y 60 que cuidan de su padre y/o madre; en total 894 mujeres residentes en 11 países distintos, lo que restringe de forma severa el tamaño muestral por países.

La principal fuente estadística a la que vamos a recurrir para llevar a cabo nuestros análisis es la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia* (EDAD, 2008)<sup>6</sup>.

La EDAD-08 es la encuesta más reciente con representatividad a nivel nacional y por comunidades autónomas que existe al respecto. El núcleo de nuestros análisis multivariantes se realizará sobre una muestra de mujeres y hombres de 25 a 64 años de edad que son clasificados en la EDAD-08 como cuidadores/as informales principales<sup>7</sup>. La elección de este extremo superior de edad responde a la necesidad de excluir a las personas jubiladas, y el extremo inferior se corresponde con la edad (25 años) a la que, aproximadamente, el 90% de la clase trabajadora española comienza a buscar su primer trabajo remunerado después de haber finalizado estudios superiores; eligiendo este intervalo de edad pretendemos, por tanto, analizar un grupo con oportunidades laborales más comparables. Además se excluye cualquier cuidador/a cuya tarea de cuidados vaya dirigida a atender a una persona discapacitada menor de 6 años de edad<sup>8</sup>.

## **2.2. Principales características de las personas discapacitadas y las personas que las cuidan**

Las cifras de la EDAD-08 permiten mostrar la enorme magnitud del problema de la discapacidad, pues sus datos indican que, respecto a la población de entre 6 y 64 años, el 4,65% está discapacitada. En este colectivo, el 34,2% de las personas con discapacidad tiene dificultad grave para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

La información contenida en la EDAD-08 es muy rica respecto al perfil de las personas incapacitadas, aunque no tanto en lo referido a sus cuidadores/as; no obstante contiene un conjunto de variables que nos pueden ayudar a definir hasta qué punto existe un dilema entre prestación de cuidados y el desarrollo de una actividad profesional remunerada en el mercado laboral. Entre las variables que consideramos, a priori, pueden condicionar este dilema encontramos el sexo del

---

<sup>6</sup> Esta encuesta fue realizada por el INE en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre la Discapacidad y el IMSERSO, así como con la Fundación ONCE, el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) y la FEAPS (Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual).

<sup>7</sup> En general, los cuidadores principales tienen una red de cuidadores secundarios que les ayudan en actividades de asistencia a la persona dependiente (Villalba, 2002).

<sup>8</sup> Se excluyen a los/as cuidadores de personas menores de 6 años debido al reducido tamaño muestral, y por consiguiente, a la poca significatividad de los resultados. Igualmente se han excluido de la muestra las personas discapacitadas que cuidan de otras.

cuidador/a informal, su edad, el nivel educativo más alto alcanzado, su estado civil, el número de días por semana que dedica a los cuidados, si reside o no en el mismo domicilio que la persona receptora de los cuidados y el vínculo familiar con ésta, y la comunidad autónoma de residencia. A estos condicionantes se les añade algunas características de la persona que recibe los cuidados, como son el sexo del/a discapitado/a, el nivel de dependencia para la realización de las ABVD (construido a partir del Índice de Katz<sup>9</sup>) y el nivel de dependencia para la realización de las AIVD (construido a partir del Índice de Lawton y Brody (L-B))<sup>10</sup>. Por último hemos incluido una serie de variables que nos ayudarán a acometer la estrategia de estimación del modelo de regresión que presentaremos en la sección tercera; estas variables son, en primer lugar, la variable “formación para cuidar” que contiene la información relativa a si el cuidador/a responde sí a la pregunta “Ante las tareas derivadas del cuidado de la persona, ¿cree que para llevarlas a cabo necesitaría más formación especializada de la que tiene?”. De forma análoga, la variable “no tiene problemas para cuidar” toma el valor “1” cuando el cuidador/a responde afirmativamente a la cuestión “Ante las tareas derivadas del cuidado de la persona no tiene ninguna dificultad”. Por otro lado hemos construido la variable “cuidados suficientes” que toma el valor “1” cuando las horas dedicadas a la prestación de cuidados a la persona discapacitada por su cuidadora principal es igual al número de horas que el discapacitado/a afirma necesitar para tener cubierta sus necesidades. Esta variable se ve complementada con otra que indica si el número de horas dedicado es inferior al que la persona discapacitada necesita (cuando ese número de horas es mayor nos encontraremos en el caso de la persona que conforma el perfil de referencia). Por último se emplea un conjunto de variables dicotómicas que controlan por el número de años que se vienen prestando los cuidados.

Antes de pasar a comentar el perfil observado para las personas suministradoras de cuidados informales, resulta relevante enfatizar la mayor prevalencia de situaciones de discapacidad entre las mujeres que entre los hombres (59%). Se puede observar que las mujeres presentan problemas de discapacidad en mayor proporción a edades avanzadas, especialmente a partir de los 80 años (cuadro

---

<sup>9</sup> Katz *et al*, 1963.

<sup>10</sup> Lawton y Brody, 1969. En Trigás *et al*. (2011) puede encontrarse una revisión de ésta y otras escalas de valoración funcional.

A1) (donde representan dos de cada tres personas dependientes)<sup>11</sup>. Esa mayor tasa de discapacidad puede venir explicada, en parte, además de por el hecho de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida de y por la mayor prevalencia de enfermedades crónicas pre-existentes para éstas, porque son las mujeres las que se dedican en mayor proporción al suministro de cuidados, lo que puede repercutir –como veremos más adelante- en su estado de salud en los estadios más avanzados de su vida. Es precisamente ese rasgo de feminización en la atención a los discapacitados/as una de las cuestiones más acusadas cuando se analiza el perfil de las personas cuidadoras. En línea con estos argumentos, según la EDAD-08, el 77,5% (73,8% en España) de la población andaluza que presta cuidados informales son mujeres, porcentaje que se eleva hasta el 96,5% en el caso de los cuidados formales (atención remunerada, profesionalizada o no), tanto en Andalucía como en el resto del país. Además cuanto mayor es la edad de la persona discapacitada más se profundiza esta brecha de género (Tablas 1.1a y 1.1b). Una vez reducimos la muestra a cuidadores/as de entre 25 y 64 años, las mujeres representan el 82% de las que prestan cuidados informales.

**Tabla 1.1a. Proporción (%) de cuidadores/as, según sexo y situación de residencia respecto al discapacitado/a (España)**

	Discapacitada/o				Discapacitada/o		
	Mujer	Hombre	Total		Mujer	Hombre	Total
<b>Cuidador formal (hombre):</b>	<b>1,6</b>	<b>9,9</b>	<b>3,5</b>	<b>Cuidador informal (hombre):</b>	<b>36,7</b>	<b>8,9</b>	<b>26,2</b>
<i>Residente</i>	1,1	7,3	2,5	<i>Residente</i>	34,3	8,2	24,5
<i>No Residente</i>	0,5	2,5	1,0	<i>No Residente</i>	2,4	0,7	1,8
<b>Cuidadora formal (mujer):</b>	<b>98,4</b>	<b>90,1</b>	<b>96,5</b>	<b>Cuidadora informal (mujer):</b>	<b>63,3</b>	<b>91,1</b>	<b>73,8</b>
<i>Residente</i>	43,7	48,2	44,7	<i>Residente</i>	48,6	83,0	61,5
<i>No Residente</i>	54,7	42,0	51,9	<i>No Residente</i>	14,7	8,1	12,2
<b>Total poblacional (N)*</b>	<b>112456</b>	<b>32718</b>	<b>145174</b>	<b>Total poblacional (N)*</b>	<b>880456</b>	<b>528444</b>	<b>1408900</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EDAD-08.

Nota\*: Los totales poblacionales resultan de aplicar el factor de elevación a los totales muestrales. Los porcentajes contenidos en la tabla corresponden a las proporciones sobre los respectivos totales poblacionales.

**Tabla 1.1b. Proporción (%) de cuidadores/as, según sexo y situación de residencia respecto al discapacitado/a (Andalucía)**

	Discapacitada/o				Discapacitada/o		
	Mujer	Hombre	Total		Mujer	Hombre	Total
<b>Cuidador formal (hombre):</b>	<b>1,7</b>	<b>8,6</b>	<b>3,4</b>	<b>Cuidador informal (hombre):</b>	<b>31,7</b>	<b>7,9</b>	<b>22,5</b>
<i>Residente</i>	0,0	4,7	1,2	<i>Residente</i>	30,5	7,1	21,4
<i>No Residente</i>	1,7	3,8	2,2	<i>No Residente</i>	1,2	81,1	1,1
<b>Cuidadora formal (mujer):</b>	<b>98,3</b>	<b>91,4</b>	<b>96,6</b>	<b>Cuidadora informal (mujer):</b>	<b>68,3</b>	<b>92,1</b>	<b>77,5</b>
<i>Residente</i>	48,1	37,1	45,3	<i>Residente</i>	47,7	82,1	61,1
<i>No Residente</i>	50,3	54,3	51,3	<i>No Residente</i>	20,5	9,9	16,4
<b>Total poblacional (N)*</b>	<b>15366</b>	<b>5328</b>	<b>20694</b>	<b>Total poblacional (N)</b>	<b>170660</b>	<b>108422</b>	<b>279082</b>

<sup>11</sup> No obstante no se ha podido establecer en la literatura una relación clara directa entre sexo y dependencia (Waidman y Liu, 2000; Femia, Zarit y Johansson, 2001).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EDAD-08.

Nota\*: Los totales poblacionales resultan de aplicar el factor de elevación a los totales muestrales. Los porcentajes contenidos en la tabla corresponden a las proporciones sobre los respectivos totales poblacionales.

Si se profundiza en la información aportada en las tablas 1.1a y 1.1b, vemos las diferencias en formas de convivencia entre mujeres y hombres cuidadores-receptores de los cuidados, es decir si el cuidador/a convive o no en el mismo hogar. Los datos confirman la tendencia general observada en los países desarrollados (Jenson y Jacobzone, 2000), en cuanto que en la mayoría de los casos los cuidadores/as informales conviven en el mismo hogar que la persona discapacitada a la que atienden<sup>12</sup>, tanto en el caso de mujeres como hombres cuidadoras/es.

Respecto a la edad de la persona que presta los cuidados informales, puede esperarse una relación directa entre ésta y la mayor o menor asunción de tareas de cuidados, así como su intensidad, pues, tal como se ha argumentado en la literatura para el caso de las mujeres cuidadoras, las mujeres jóvenes pueden estar percibiendo un mayor coste de oportunidad asociado a cuidar, relacionado, por ejemplo, con los conflictos para compatibilizar empleo remunerado y prestación no remunerada de cuidados (Biurrun *et al.*, 2003; García *et al.*, 2004). Respecto a la distribución de frecuencias de la edad, los datos de la EDAD-08 arrojan una media, para los cuidadores/as informales residentes, de 58 años y de los/as no residentes de 50 años. En el caso de que la persona que presta los cuidados resida con el/la discapacitado/a la media de edad es superior, siendo ésta, aproximadamente, de 56 años si es mujer y de 62 años si es hombre (en Andalucía la media es aproximadamente dos años menor para mujeres y hombres).

En lo que respecta al estado civil, destaca el colectivo de personas casadas y solteras, frente a viudas, separadas y divorciadas; en concreto el 67,8 % de las personas cuidadoras informales están casadas, el 19,6% están solteras, lo que resulta consistente con lo observado en el resto de los países de la UE-15<sup>13</sup>. Una cuestión relacionada es la del estado civil de la persona cuidada, puesto que se suele observar más situaciones de dependencia y/o discapacidad en personas no casadas (Béland y Zunzunegui, 1995), aunque algunos autores destacan que no se puede establecer una relación causal

---

<sup>12</sup> A pesar de que, como señala Pitrou (1997), uno de los principales temores manifestados por personas dependientes es a ser una carga para las personas con las que convive.

<sup>13</sup> Estimaciones realizadas a partir de los datos del Panel de Hogares de la Unión Europea (INE, 2004b) señalan que entre la población europea al cuidado de adultos predomina las personas casadas (54,7%), seguidas de las solteras (35,5%).



puesto que detrás de esa correlación podría haber muchas otras variables, como por ejemplo la posesión o no de vivienda (Grundy y Glasser, 2000).

El vínculo afectivo es otra variable de peso a la hora de analizar los cuidados informales. En la EDAD-08 se obtiene que el 89,4% de los discapacitados entre 6 y 65 años reciben cuidados de un cuidador residente (tanto formales como informales) siendo el porcentaje de cuidadores familiares el 88,3%. También se observa que el 89,2% de los cuidadores/as, tanto residentes como no residentes, son familiares del discapacitado/a (y el 91,7% en Andalucía). Descendiendo a un mayor nivel de desagregación, resulta que son las hijas, esposas/parejas y madres las que asumen en mayor medida el cuidado (tablas 3.4a y 3.4b –para España y Andalucía, respectivamente-). En España, los descendientes de las personas discapacitadas son los principales proveedores de ayuda familiar a las personas mayores dependientes, y en un 76% de los casos éstos son mujeres. Según datos de la EDAD-08, el 25,9% de los cuidadores/as residentes en el hogar de la persona discapacitada son las hijas, el 17,8% son las esposas y el 13,3% son las madres, destacando los hombres únicamente entre los cuidadores de sus parejas/esposas (16,5%)<sup>14</sup>. Aún mayor es la proporción de hijas cuidadoras cuando nos centramos en las cuidadoras no residentes, que representan casi la mitad de éstas y cuidan en similar proporción de padres y madres; en el caso de Andalucía se acentúa aún más el papel de las hijas como cuidadoras no residentes, representando el 60% de las cuidadoras de sus madres, lo que podría tomarse como un indicio de una más marcada solidaridad intergeneracional en este último ámbito geográfico<sup>15</sup>. En general ese vínculo entre persona cuidadora y cuidada depende del estado civil de la persona discapacitada puesto que se aprecia que en el 70,6% de los casos, cuando el discapacitado/a es viudo/a lo cuida un/a descendiente. Si el discapacitado/a está casado/a, un 73,2% de los/as mismos/as es cuidado/a por su cónyuge/pareja y si el discapacitado está soltero/a lo cuida su padre/madre en un 64,7% de los casos (EDAD-08).

---

<sup>14</sup> Si nos centramos en el grupo de personas discapacitadas con 65 años o más, el 42,7% de esas mujeres son cuidadas por sus hijas, el 21,7% por sus esposos, el 10,5% por su hijo y el 5,4% por su nuera; sin embargo, en el caso de los hombres con discapacidad mayores de 65 años, el 54,6% son cuidados por sus esposas, 21,2% por sus hijas, el 7,1% por sus hijos y el 3,3% por su hermana.

<sup>15</sup> En el contexto de los estudios de género, como señala Tobío (2008), ha cobrado mucha fuerza, por su relevancia, el debate sobre el contrato implícito y desigual entre hombres y mujeres que subyace en la llamada reciprocidad o solidaridad intergeneracional.

Además emerge un curioso patrón de género cuando se observa de forma detenida el sexo de la persona atendida. Se puede inferir que al 61,1 % de las mujeres con discapacidad las cuida otra mujer, y sólo al 10,6% de los hombres discapacitados los cuida un hombre –aún menor en Andalucía, 8,8%, puesto que éstos últimos prácticamente sólo cuidan de sus esposas/parejas.. Igualmente hemos podido comprobar que las personas mayores que reciben cuidados de mujeres se encuentran en una peor situación que los que reciben cuidados de varones. De ahí que ese rol tradicional de género tiene manifestaciones también en las tareas de cuidado desempeñadas, puesto que las cuidadoras suelen asumir en mayor medida la realización de tareas domésticas, cuidados básicos y personales y apoyo emocional mientras que los hombres cuidadores se dedican con mayor frecuencia a actividades de acompañamiento y vigilancia<sup>16</sup>. En particular, los datos de la EDAD 2008 nos muestran que las mujeres cuidadoras residentes en el mismo hogar que el discapacitado se dedican en mayor medida a las ayudas en tareas como darles de comer (22,6% de mujeres frente a 13,4% de hombres), vestirse/desvestirse (36,1% *versus* 32,9%) y asearse/bañarse (18,1% frente a 14,2%). Los hombres, en cambio, prestan más ayudas que las mujeres en tareas como ayudar a moverse tanto por la casa como por la calle (15,4% de los hombres frente a 8,5% de las mujeres), hacer compras (17,1% y 7,6%, respectivamente) y preparar comidas, hacer otras tareas del hogar y tomar la medicación (5,9% y 5,3%, respectivamente). Cuando se trata de un cuidador no residente los porcentajes son inferiores pero la relación entre hombres y mujeres es la misma en cuanto a reparto de las tareas para la ayuda al discapacitado se refiere. Sin embargo, a la hora de preparar las comidas, hacer las tareas del hogar y tomar el medicamento, en este caso, se dedican más a esta actividad las mujeres que los hombres (10,6% frente a un 5,2%) al contrario de lo que ocurría si el cuidador residía con el discapacitado.

Una cuestión central en nuestro análisis, relacionada con las tareas de cuidados prestadas, es la intensidad del cuidado informal, por cuanto nuestras estimaciones multivariantes tratan de esclarecer el dilema entre el número de horas de cuidados prestadas y la dedicación al mercado laboral. En España, los datos de la EDAD-08 (tabla 3.5) apuntan a que en casi el 60% de los casos los cuidadores/as informales dedican más de 40 horas de cuidados semanales. El 93,9% del total de

---

<sup>16</sup> Jenson y Jacobzone (2000) muestran con datos que incluso cuando un hombre está implicado en una tarea de cuidado, las mujeres asumen la principal responsabilidad y los hombres tienen más probabilidad de asumir el rol de “asistente o ayudante complementario”.

personas cuidadoras –informales- proporciona una ayuda diaria; 96% si residen en el mismo domicilio del discapacitado/a y 71% si no. La media de ayuda diaria prestada por éstas es de 11,6 horas; en Andalucía se eleva hasta 13,4. Conforme aumenta la edad de la persona discapacitada lo hace el número medio de horas que se le prestan de cuidados, siendo éste de 12,1 cuando tiene más de 50 años de edad, y 12,4 cuando supera los 64 años (gráficos B1-B2). De forma similar el número de horas de cuidados mantiene una relación directa con el grado de severidad de la discapacidad padecida por la persona cuidada<sup>17</sup>, tanto en lo que se refiere a las AVBD como AIVB.

Si desagregamos la intensidad de los cuidados atendiendo al vínculo familiar entre cuidador/a-cuidado/a, se refuerza la evidencia en factor de la feminización de la atención, puesto que casi el 41% de las hijas cuidadoras dedica más de 40 horas a la semana de trabajo a cuidar frente al 26% en el caso de los hijos, el 58% de las hermanas y el 39% de los hermanos; en todo caso puede afirmarse que la intensidad de la carga recae fundamentalmente sobre la mujer. Además las cuidadoras residentes hijas dedican una media de 13,7 horas diarias al cuidado (el valor mediano es 12 horas) mientras que los cuidadores hijos dedican una media de 10,9 horas (con un valor mediano de 8 horas).

Observando el elevado número de horas dedicado a la atención a discapacitados/as, especialmente por las mujeres, es cuando surge la cuestión central de este trabajo, en el sentido de determinar si la situación laboral también influye en las horas de cuidado, o viceversa, y hasta qué punto se pueden considerar decisiones tomadas simultáneamente.

Una variable que, relacionada con lo anterior, puede condicionar la realización o no de tareas de cuidados es el nivel de ingresos de la persona (Zarit, *et al.*, 1986). Desafortunadamente la información al respecto de la EDAD-08 es bastante pobre<sup>18</sup>, por lo que emplearemos como *proxy* de los mismos el nivel de estudios de la persona, con las limitaciones que ello implica. En general el nivel de formación reglada más alto alcanzado por los/as cuidadores/as informales es bastante bajo. Por ejemplo en la muestra seleccionada para el análisis de regresión posterior sólo en torno al 10% (9,3%

---

<sup>17</sup> No se aporta el procedimiento seguido para la construcción del índice de Katz y el de Lawton-Brody por razones de espacio.

<sup>18</sup> Bass y Noelker (1987) señalan que el nivel educativo del/a cuidador/a puede tomarse como una proxy de su conocimiento de los servicios de atención.

entre las mujeres y 13,9% entre los hombres) tiene estudios superiores y el 42% (58% en Andalucía) del conjunto de cuidadores no tiene estudios o posee solamente estudios primarios. Esa desventaja en formación reglada de las mujeres, especialmente entre las cohortes de edad más avanzadas, condiciona sus posibilidades de empleo, puesto que la tasa de ocupación de los cuidadores y cuidadoras informales mantiene una relación positiva con su nivel de estudios, tanto para mujeres como hombres andaluces como del resto del país (ver tabla 3.5).

En cuanto a las horas dedicadas a cuidados informales en función de su situación laboral, el 50% de los cuidadores/as principales es de 5, en cambio la mediana para los/as que no trabajan es de 12 horas, lo cual nos ofrece una primera aproximación al posible dilema entre ambas variables. Además la proporción de cuidadores/as informales trabajando desciende sustancialmente a medida que aumenta el número de días por semana que dedica a esta actividad, e igualmente desciende conforme el grado de discapacidad de las personas cuidadas se eleva (ver tabla 3.5).

### **2.3. Consecuencias para las personas cuidadoras de la prestación de cuidados**

*Un segundo bloque de análisis en este trabajo lo constituyen las consecuencias para el cuidador/a de la prestación de cuidados. A este respecto la metodología de la EDAD-08 sigue la estructura sugerida por estudios como los de Pearlin *et al.* (1990) y Gaugler *et al.* (2000), para quienes la carga generada por la provisión de cuidados es descrita como el impacto que el cuidado tiene sobre la salud mental<sup>19</sup>, la salud física, otras relaciones familiares, el trabajo y los problemas financieros del cuidador/a. Nosotros diferenciaremos de forma genérica entre consecuencias sobre la salud, la vida profesional (incluyendo potenciales problemas económicos) y la vida familiar de la persona cuidadora.*

Según los resultados obtenidos, el 28% de las cuidadoras informales en Andalucía se sienten cansadas, y en torno a un tercio manifiestan sentirse deprimidas como consecuencia de responsabilizarse del cuidado de una persona discapacitada. Los andaluces muestran porcentajes considerablemente inferiores (22% y 20%, respectivamente).

---

<sup>19</sup> En Carretero *et al.* (2006) se presenta una discusión en profundidad de las perspectivas teóricas existentes sobre el estrés de la persona cuidadora.

En cuanto a los problemas generados sobre su carrera profesional, más del 26% de las mujeres no pueden trabajar fuera de casa o han tenido que dejar el trabajo que tenían para atender a la persona discapacitada, si bien entre los hombres la cifra no llega al 9%. Los problemas económicos constituyen la secuela más relevante, en este apartado, tanto para mujeres como para hombres (ver tabla 3.6)

Dentro de la última categoría de repercusiones consideradas, es decir la que afecta al ámbito de la vida personal y familiar del cuidador/a, resulta especialmente llamativo el fuerte impacto diferencial sobre mujeres y hombres en lo se refiere a las dificultades, en cuanto a disponibilidad de tiempo, que encuentran unas y otros para cuidarse: el 40% de las mujeres, en Andalucía, manifiestan tener dificultades para ello, mientras que la proporción es solamente del 18% en el colectivo masculino (ligeramente inferior en el conjunto nacional) (tabla 3.6). Esas mayores dificultades de las mujeres para cuidarse pueden tener a su vez graves repercusiones, puesto que pueden implicar, vía hábitos de vida menos saludables, mayor estrés y deterioro de la salud, al no dedicar tiempo a conductas preventivas de salud (Cohen *et al.*,1993).

### **3. Análisis multivariante**

#### **3.1. El dilema entre horas de cuidados y desarrollo de una actividad profesional por parte de los cuidadores/as informales**

En lo que sigue presentamos diferentes especificaciones de un modelo condicional que trata de explicar, en primer lugar, el dilema entre horas de cuidados y la decisión de participar o no en el mercado laboral, y, en segundo lugar (sección 3.2), los principales factores condicionantes de algunos de los efectos colaterales que derivan de la prestación de cuidados informales a personas discapacitadas.

Desde un punto de vista teórico, una de las principales líneas de argumentación es el denominado “modelo de comportamiento”<sup>20</sup>. En síntesis este modelo plantea como eje central de la toma de decisiones la relación entre la realización de actividades y las decisiones relativas al uso del tiempo; en concreto se parte de suponer que las personas que prestan cuidados informales tienen un comportamiento altruista respecto de las personas que reciben los cuidados, puesto que se sienten

---

<sup>20</sup> Conocido en la literatura sajona, donde surge, como “*behavioural model*”. Buscar referencia

recompensados por prestar ayuda a las personas que lo necesitan. De esta forma las actividades de cuidado forman parte de los argumentos de la función de utilidad del cuidador/a.

Un planteamiento análogo es el de Pencavel (1986) y Killingsworth y Heckman (1986) que plantean la relación entre cuidar y/o trabajar a partir de dos efectos contrapuestos. Por un lado afirman que existe un *efecto de sustitución*, según el cual ambas actividades –cuidados y trabajo remunerado fuera de casa- requieren cantidades elevadas de un bien tan escaso como es el tiempo, por lo que la provisión de cuidados informales se realiza a costa de no incorporarse al mercado laboral o hacerlo con poca intensidad. A ese efecto se le contraponen un *efecto renta*, consecuencia del elevado coste pecuniario de la provisión de los cuidados al dependiente (que se vería reflejado en mayores dificultades económicas), lo que serviría de estímulo a la participación del/a cuidador/a en actividades laborales remuneradas.

Por su parte Carmichael y Charles (1998) apuntan la existencia de dos efectos adicionales, que también se contraponen: por un lado, la consideración de la actividad laboral como una *válvula de escape* al esfuerzo que suponen las actividades de cuidados y, por otro, la posibilidad de que las tareas de asistencia se traduzcan en mayores tasas de absentismo de las personas cuidadoras, menor nivel de productividad, etc., lo que suele conllevar menor retribución Stratton (2001), reduciendo así el coste de oportunidad de abandonar la actividad laboral.

Para comprobar la validez de estas argumentaciones en el contexto geográfico andaluz y en el resto de España, en esta investigación hemos seguido dos estrategias alternativas de modelización econométrica. En primer lugar consideraremos las decisiones de participar en el mercado laboral y prestar más o menos horas de cuidados, como decisiones independientes. De esta forma estimaremos dos ecuaciones de forma separada; la primera para estimar las correlaciones entre el número de horas de cuidados suministrado al discapacitado/a por el cuidador/a informal y un conjunto de variables que creemos potencialmente pueden condicionar la cuantía de esas horas, y la segunda para determinar el efecto de algunos factores sobre la probabilidad de que el cuidador informal se encuentre simultaneando esa actividad con la participación en el mercado laboral. Desde un punto de vista técnico esto supone asumir que el número de horas de cuidados es exógeno (no viene condicionado) a la probabilidad de trabajar en el mercado laboral, y viceversa.

En segundo lugar, daremos un paso más al considerar que ambas ecuaciones forman parte de un sistema de *ecuaciones simultáneas*, es decir ambas decisiones se toman de forma simultánea. Esto es lo mismo que afirmar que el número de horas de cuidados informales es una variable endógena respecto a la participación en el mercado laboral, y por tanto la relación causal es bilateral. Este problema potencial de *endogeneidad* hace que nuestra estrategia de estimación econométrica se tenga que volver algo más compleja, pues tendremos que recurrir a lo que se denominan “variables instrumentales” que nos permitan construir restricciones de exclusión para identificar las dos ecuaciones del sistema. Estos “instrumentos” tienen que ser variables que mantengan una fuerte correlación con la variable a la que sustituyen (horas de cuidados) y no mantengan (o sea débil) correlación con la variable que tratamos de explicar en la otra ecuación considerada (es decir, con la probabilidad de trabajar). La tarea siempre es compleja, y constituye uno de los paradigmas de la Econometría. En concreto las restricciones de exclusión de la ecuación que estima las horas de dedicación a cuidados informales son dos conjuntos de variables ficticias que determinan, el primer conjunto, si el número de horas de cuidados prestados es mayor (categoría de referencia), menor (cuidados insuficientes) o igual que el que la persona discapacitada manifiesta necesitar; el segundo conjunto acota el número de años que la persona cuidada lleva prestando cuidados a la persona discapacitada (menos de un año es la categoría de referencia). En la segunda ecuación, la que estima la probabilidad de simultanear trabajo remunerado y atención a el/la discapacitado/a hemos aplicado una restricción de exclusión que afecta a la variable que mide si la persona considera que no tiene suficiente formación especializada para atender a la persona discapacitada. De forma más explícita la variable toma un valor “1” cuando la persona cuidadora responde sí a la pregunta “Ante las tareas derivadas del cuidado de la persona, ¿cree que para llevarlas a cabo necesitaría más formación especializada de la que tiene?”.

Comenzando por la primera de las estrategias se realizó una estimación de forma independiente de las horas dedicadas por la persona cuidadora a las tareas de cuidados (por Mínimos Cuadrados Ordinarios) y la probabilidad de simultanear prestación de cuidados informales y otro trabajo (mediante una estimación tipo *Probit*). En esta modelización independiente de la toma de ambas decisiones se obtienen los signos y poder explicativos que, *a priori*, cabía esperar para la

variable dicotómica que indica si el cuidador/a está trabajando respecto al número de horas diarias dedicadas al cuidado, y lo mismo se puede afirmar para la ecuación que trata de explicar la probabilidad de cuidar y trabajar en el mercado laboral. En efecto, por término medio una persona cuidadora que además desarrolle una actividad en el mercado laboral dedica aproximadamente 4 horas menos a cuidados que una persona que no lo está. Paralelamente el número de horas de cuidado reduce, significativamente, la probabilidad de simultaneas estas tareas con una actividad profesional.

Además, el sexo de la persona cuidada aparece como relevante, tanto en España como cuando particularizamos en Andalucía, para explicar tanto las horas de cuidado como la probabilidad de compatibilizar estas con otras tareas profesionales, por lo que el análisis condicional multivariante corrobora la brecha de género que se observó con el simple análisis descriptivo. En otras palabras las tareas de cuidado a personas discapacitadas parecen constituirse en una barrera de entrada al mercado de trabajo especialmente entre las mujeres, en línea con lo observado en la literatura previa (García *et al.*, 1999; García-Calvente *et al.* 2004).

Igualmente resulta relevante la edad del cuidador/a, puesto que conforme éstos envejecen dedican más tiempo a los cuidados, aunque la correlación no sea tan clara respecto a la participación en el mercado laboral. En este último caso la probabilidad de trabajar aumenta hasta los 54 años, periodo a partir del cual desciende. En cambio niveles crecientes de formación no van asociados significativamente a mayor intensidad de cuidados, pero si, claramente, a una mayor probabilidad de trabajar.

Las personas separadas o divorciadas asumen mayor “carga” de cuidados y mayor probabilidad de estar trabajando que los casados (o que viven en pareja), posiblemente por la imposibilidad de compartir estas responsabilidades con su compañero/a sentimental.

Al contrario de lo que cabría esperar el número de días de dedicación a la tarea de cuidados no afecta a su intensidad diaria (número de horas) ni a la probabilidad de desarrollar una actividad laboral. No ocurre lo mismo con los cuidadores/as residentes que asumen un tiempo de cuidados muy superior al de los cuidadores/as no residentes aunque, en el ámbito del territorio nacional, esto vaya acompañado de mayor participación laboral.



Un adecuado ajuste de la demanda de cuidados y la oferta de cuidados informales por parte de los cuidadores/as se traduce en menor probabilidad de encontrarse trabajando, posiblemente como única vía de poder satisfacer las necesidades de la persona discapacitada. El contexto geográfico juega un papel bastante nítido, puesto que con respecto a 10 de las 17 comunidades autónomas las andaluzas y andaluces dedican más horas a cuidados y, en general, tienen menor probabilidad de encontrarse desempeñando una actividad en el mercado laboral.

Tal como expusimos con anterioridad, frente a esta estimación independiente de ambas ecuaciones cabe plantearse la posibilidad de que las horas de cuidados y la posibilidad de cuidar y/o trabajar en el mercado laboral sean decisiones que se toman de forma simultánea. En la tabla 2.1 hemos restringido la muestra a las mujeres cuidadoras, puesto que éstas conforman la gran mayoría de este grupo; hemos planteado dos especificaciones para contrastar la robustez de nuestros resultados.

Desde un punto de vista operativo la consideración de un sistema de ecuaciones simultáneas como el aquí planteado tiene la particularidad de que tenemos que combinar la estimación de un modelo lineal por mínimos cuadrados ordinarios (para la estimación de las horas de cuidados) con uno de elección discreta (para la probabilidad de estar trabajando)<sup>21</sup>. Para resolver este tipo específico de sistema de ecuaciones simultáneas recurrimos a Omar (2003), que desarrolló un procedimiento de estimación que proporciona estimaciones consistentes de los parámetros, y la correspondiente corrección para los errores estándar de estos coeficientes (que son los que se aportan en las tablas de resultados presentadas). Este procedimiento de estimación se conoce en la literatura (Álvarez y Glasgow, 2000) como método de estimación Probit-Mínimos Cuadrados en Dos Etapas (*Two-stages Probit-Least Squares -2SPLS-*).

Comenzando con los resultados de la estimación del sistema de ecuaciones simultáneas para la muestra de mujeres cuidadoras (Tabla 2.1), lo primero que debemos resaltar es que el instrumento que reemplaza a las horas de cuidados (que hemos denotado en las tablas como “Inst. Trabajando”), mantiene una correlación negativa y significativa con las horas de cuidados prestadas, de cuantía muy superior a la obtenida cuando considerábamos la estimación de ambas ecuaciones de forma independiente. Este resultado puede tomarse como indicador de que cuando se consideran

---

<sup>21</sup> Igualmente asumimos que los términos de perturbación correspondiente a ambas ecuaciones están correlacionados.

independientes la decisión de cuidar más o menos horas y trabajar en el mercado laboral se genera un sesgo a la baja en el impacto de la incorporación al mercado laboral sobre las horas destinadas a cuidados. Cambiar muestra ya que comparamos un modelo con mujeres y otro con hombres y mujeres.

Por el contrario los resultados presentados en la cuarta y octava columnas (para España y Andalucía, respectivamente) y la instrumentación empleada para las horas de cuidados (denotada como “Inst. Horas de cuidados”) exhiben una ausencia de causalidad de las horas de cuidados para explicar la probabilidad de estar trabajando; cuando realizábamos estimaciones separadas esos coeficientes si aparecían como significativos. Este resultado se ha mostrado robusto a la especificación de diferentes combinaciones de regresores, por lo que podemos inferir que si bien las decisiones analizadas no son independientes, la relación es unidireccional en el sentido de que las personas que prestan cuidados informales se plantean si trabajar o no en el mercado laboral, y en función de esa decisión regulan la intensidad de los cuidados que prestan. No obstante la debilidad de los instrumentos empleados hace que tengamos que tomar con cautela la cuantía de las relaciones; aunque en cualquier caso sí parecen esclarecer el signo de las correlaciones existentes y la necesidad de analizar ambas decisiones de forma conjunta para evitar sesgos en las estimaciones. Cambiar muestra ya que comparamos un modelo con mujeres (simultáneo) con otro en donde aparecen hombres y mujeres (independiente).

Otra gran diferencia entre los resultados de considerar estimaciones separadas y simultáneas afecta al nivel de formación reglada. Puesto que no sólo afecta a la probabilidad de trabajar sino también a las horas de cuidados prestados. Podría argumentarse a favor de este resultado si tomamos la formación como *proxy* de la capacidad de la persona para afrontar el difícil reto del cuidado, puesto que debido a su mayor capital humano se verán más aptas para asumirlo sin tener que delegar en cuidadores/as formales, no produciéndose, por tanto, ni un efecto sustitución ni un efecto renta –en el sentido señalado más arriba-; sin embargo el signo positivo y significativo de la variable que indica la insuficiente formación del cuidador/a para suministrar los cuidados va en contra de este argumento, al implicar que las personas que, *ceteris paribus*, se ven menos capacitadas dedican menos horas a la prestación de cuidados.

Además, el coeficiente encontrado para la variable que recoge el vínculo familiar entre cuidadora-persona cuidada, presenta un único coeficiente significativo, que muestra un efecto diferencial negativo entre horas de cuidados prestadas por las amigas de la persona cuidada y la cónyuge/pareja. Esta relación puede tomarse como indicativa del peso sobre las decisiones de cuidados de los vínculos familiares.

Puesto que no se observa en el análisis descriptivo una relación lineal entre el número de discapacidades manifestadas y el número de horas de cuidados prestados por la persona cuidadora – informal- decidimos introducir la discapacidad en niveles como regresor adicional, distinguiendo entre falta de autonomía para las ABVD y AIVD. La falta de respuesta por parte de una parte considerable<sup>22</sup> de la muestra seleccionada nos hizo, para evitar el potencial sesgo de selección derivado de este hecho, introducir variables ficticias (denominadas “no aportado”) que indicaran la falta de respuesta a las mismas. La falta de significatividad de la variable que mide la falta de respuesta en relación a las AIVD indican que no hay ningún sesgo de selección. En cambio en la estimación de las horas de cuidados para España, el signo positivo y significativo indicaría la existencia de cierta correlación positiva entre responder a las variables que conforman el índice de Katz y las horas dedicadas a la prestación de cuidados informales; esto implica que el grupo de cuidadoras que se dedica con más intensidad a los cuidados está subestimado, por lo que la cuantía del coeficiente que muestra mayores horas de dedicación a cuidados de las personas que ayudan a discapacitados/as con dependencia alta en la escala de Katz constituye el límite inferior del verdadero efecto.

**Tabla 2.1. Estimación de forma *simultánea* de las horas dedicadas por la persona cuidadora a las tareas de cuidados (MCO) y la probabilidad de simultanear prestación de cuidados informales y otro trabajo; muestra de mujeres (modelo ampliado)**

	ESPAÑA				ANDALUCÍA			
	Horas de cuidados		Cuidador está trabajando		Horas de cuidados		Cuidador está trabajando	
	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.
Inst. Trabajando	-6,084***	1,245	-	-	-5,472***	1,741	-	-
Inst. Horas de cuidados	-	-	0,011	0,025	-	-	0,038	0,059
Sexo discapacitado/a	-1,161***	0,406	-0,085	0,055	-1,658**	0,846	-0,113	0,128
De 35 a 44 años (cuidador/a)	1,648**	0,745	0,197**	0,095	2,060	1,310	0,274	0,175
De 45 a 54 años (cuidador/a)	1,790**	0,715	0,149	0,094	2,837**	1,244	0,087	0,202
De 55 a 64 años (cuidador/a)	0,164	0,780	-0,279***	0,105	0,039	1,468	-0,464**	0,230
Primaria incompleta (cuidador/a)	1,836	1,599	0,369*	0,224	4,039	3,013	0,466	0,494
Primaria completa (cuidador/a)	2,912*	1,662	0,585***	0,221	5,064	3,192	0,822*	0,483
Secundaria 1ª etapa (cuidador/a)	2,928*	1,775	0,738***	0,227	3,616	3,251	0,839*	0,490
Bachillerato (cuidador/a)	4,756**	1,974	0,981***	0,229	5,460	3,504	1,058**	0,498
FP medio (cuidador/a)	5,053**	2,040	1,057***	0,232	4,903	3,662	1,254**	0,506
FP superior (cuidador/a)	6,110**	2,509	1,482***	0,259	7,108	4,531	1,838***	0,561
Estudios universitarios (cuidador/a)	7,076***	2,545	1,620***	0,237	7,724*	4,575	2,095***	0,517

<sup>22</sup> Especialmente respecto a la discapacidad en algunas de las ABVD.

Soltero (cuidador/a)	1,994***	0,643	0,331***	0,065	1,835*	1,035	0,133	0,150
Viudo (cuidador/a)	1,829**	0,747	0,170*	0,098	3,114*	1,761	0,321	0,248
Separado/divorciado (cuidador/a)	3,851***	0,879	0,453***	0,090	3,214**	1,495	0,408**	0,183
Cuidador informal residente	4,721***	0,453	-0,031	0,129	6,156***	0,851	-0,185	0,365
Formación para cuidar	0,992**	0,475	-	-	1,395	0,939	-	-
No tiene problemas para cuidar	-1,652***	0,359	-	-	-1,570**	0,737	-	-
Cuidados suficientes	-	-	-0,284***	0,079	-	-	-0,392**	0,162
Cuidador padre/madre	0,750	0,677	-0,051	0,097	-0,645	1,362	-0,368*	0,203
Cuidador cuñado/a	0,707	2,319	0,601**	0,305	-7,458	6,216	1,340	1,152
Cuidador amigo/a	-5,778**	2,729	-0,258	0,385	1,235	1,036	0,035	0,158
Dependencia alta (Katz)	3,216***	0,523	-0,142	0,129	0,890**	0,997	0,092	0,146
Indicador de Katz no aportado	1,072**	0,486	0,064	0,067	2,089	0,883	-0,337	0,237
Dependencia media (L-B)	2,352***	0,436	-0,184*	0,104	3,114**	2,211	-0,472	0,437
Dependencia alta (L-B)	1,404	1,268	-0,506**	0,195	0,447	1,262	-0,004	0,187
Aragón	-2,271**	1,020	0,460***	0,170	-	-	-	-
Asturias (Principado de)	-1,677	1,130	0,366**	0,170	-	-	-	-
Baleares (Illes)	-0,208	1,417	0,517***	0,189	-	-	-	-
Castilla y León	-1,284*	0,668	0,286***	0,111	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	-1,894***	0,679	0,111	0,114	-	-	-	-
Cataluña	1,346	1,014	0,623***	0,110	-	-	-	-
Comunidad Valenciana	0,421	0,709	0,216**	0,093	-	-	-	-
Extremadura	1,922*	1,023	0,246**	0,132	-	-	-	-
Galicia	-1,442*	0,829	0,538***	0,133	-	-	-	-
Madrid (Comunidad de)	0,559	1,096	0,256**	0,142	-	-	-	-
Murcia (Región de)	0,153	0,981	0,212	0,130	-	-	-	-
Navarra (Comunidad Foral)	2,888**	1,330	0,644***	0,142	-	-	-	-
País Vasco	-1,571	1,021	0,383**	0,158	-	-	-	-
Rioja (La)	1,912	1,853	0,849***	0,220	-	-	-	-
Ceuta y Melilla	-2,235	1,435	-0,276	0,197	-	-	-	-
Constante	-1,685	2,680	-1,164***	0,371	-1,853	6,396	-1,822*	1,081
Número observaciones			4247				1078	
Test R. Ver. ( $\chi^2$ )				837,90***				218,99***
Test F	29,39***					12,24***		

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-08.

Nota: El sujeto de referencia tiene el siguiente perfil: cuida de una discapacitada, es una mujer de entre 25 y 34 años, analfabeta o sin estudios, casada o viviendo en pareja, que cuida de la persona discapacitada menos de un día a la semana, no residente en el mismo hogar que la discapacitada, que considera que necesita más formación para poder atender adecuadamente a la discapacitada y presta más tiempo al cuidado de lo que la persona discapacitada afirma necesitar, lleva menos de un año cuidándola, es la pareja o cónyuge de un/a discapacitado/a con dependencia baja tanto en la AVBD como AIVD, y reside en Andalucía. Para el caso de la variable relativa al vínculo familiar sólo se muestran en la tabla las dos categorías que muestran un coeficiente significativo en alguna de las especificaciones aportadas, por razones de espacio. Las categorías que hemos quitado son cuidador hijo/a, nieto/a, yerno/nuera y otro pariente.

### 3.2. Algunos efectos colaterales derivados de la prestación de cuidados informales

La no disponibilidad de datos recientes de tipo longitudinal respecto al conjunto de variables analizadas en esta investigación impide establecer relaciones de causalidad entre las variables bajo estudio. No obstante, a pesar de su diseño transversal, la EDAD-08 incluye una serie de cuestiones en relación a las secuelas que, de forma explícita, las tareas de cuidados pueden estar ejerciendo sobre las personas cuidadoras. Esta forma directa de preguntar al cuidador/a facilita que podamos hablar de relaciones de causalidad, aunque con mucha cautela.

En lo que respecta a las secuelas o efectos colaterales relativos a la salud de los cuidadores/as, se muestra que, en general, el sexo tanto del discapacitado/a como del cuidador/a informal desempeña un papel fundamental para explicar los efectos negativos de esta actividad. En concreto las mujeres cuidadoras ven más deteriorada su salud que los hombres incluso condicionando por el número de horas que se prestan los cuidados; el mismo patrón se obtiene respecto a la salud mental, aproximada a partir de la probabilidad de sufrir depresión. Por tanto no sólo el tiempo dedicado a estas tareas es mayor para las mujeres andaluzas sino que cuando se controla por este hecho ellas se siguen llevando

la peor parte, puesto que tienen entre 9% y 8%, según miremos la especificación 1 o la 2 (11% y 10%, respectivamente para España) más de probabilidad de sufrir depresión que los hombres andaluces-en línea con lo observado por otros autores a nivel internacional (por ejemplo, Yee y Schulz, 2000, o Dettinger y Clarkberg, 2002)<sup>23,24</sup>, entre 12% y 8% más de encontrarse cansadas (18% y 15% para España) y de un 16% a un 18% (18 y 16% para España) más de probabilidad de afirmar que su salud se ha deteriorado como consecuencia de tener que ayudar a la persona que cuida. Mira tabla c1a y c2a. La mayor probabilidad de sufrir depresión para las mujeres cuidadoras puede ser consecuencia de la asunción de una mayor responsabilidad en las tareas del cuidado, puesto que la sociedad, al considerar a las mujeres como más responsables de este tipo de tareas fomenta en éstas un sentimiento de culpabilidad que puede adoptar tintes depresivos en muchas de ellas, en cambio liberan al hombre en mayor medida de esa carga, lo que les puede hacer sentirse mucho más satisfechos que las mujeres con los cuidados que prestan, aunque éstos sean de mucha menor intensidad. Comentario especulativo

Análogamente el hecho de cuidar de un hombre, frente a cuidar de una mujer, trae consigo repercusiones más negativas para la persona cuidadora (los coeficientes que acompañan a la variable “sexo del discapacitado/a”, que toma el valor 1 si es un hombre, son todos significativos, tanto para España como para Andalucía). Las horas dedicadas a prestar cuidados también, como cabía esperar, ejercen un efecto negativo, que se manifiesta en similar magnitud en las repercusiones sobre la salud, la vida laboral y familiar.

Las secuelas analizadas se muestran con mayor intensidad conforme envejece la persona cuidadora, y son más notables en los/as cuidadores/as que son los padres o madres de la persona discapacitada y en general cuando la persona cuidadora y la cuidada conviven en el mismo domicilio. Además las personas que manifiestan la necesidad de recibir formación específica para poder prestar los cuidados informales padecen más las repercusiones negativas sobre su salud; de ahí la necesidad de que las personas que prestan este tipo de cuidados reciban formación adecuada que les prepare para

---

<sup>23</sup> Hay excepciones a este resultado, como Hawranik y Strain (2000). Por otro lado, en Schultz y Williamson (1991) se afirma que, no obstante, los síntomas depresivos cuando se presentan en los hombres lo hacen antes que en las mujeres.

<sup>24</sup> Según diversas aportaciones internacionales (Chappell y Reid, 2002; Navaies-Waliser, Spriggs y Feldman, 2002) las mujeres cuidadoras presentan casi el doble de sobrecarga que los hombres cuidadores. No obstante, en trabajos como los de Dettinger y Clarkberg (2002) se argumenta que lo que determina realmente la salud mental del cuidador es el grado de responsabilidad que asume a la hora de suministrar el cuidado y no tanto el sexo del cuidador, aunque nuestros resultados indican que incluso condicionando por la intensidad (en horas) de estos cuidados la variable sexo sigue siendo significativa (ver tablas C1a y C2a).

enfrentarse a esta dura y difícil tarea. El grado de dependencia del/a discapacitado/a tanto en las ABVD como en las AIVD son, adicionalmente, factores significativos para explicar los problemas de salud física y mental que padecen las personas que prestan los cuidados informales. En lo que al contexto geográfico se refiere, los habitantes de Castilla León, Extremadura, Ceuta y Melilla y Navarra, manifiestan mayor intensidad en los problemas de salud que los andaluces/as.

Centrándonos ahora en las repercusiones laborales, vemos que la prestación de cuidados informales incide negativamente en la probabilidad de estar trabajando especialmente entre las mujeres andaluzas entre un 28 y 27%, según nos centremos en la especificación 1 o 2, menos que los hombres andaluces (entre un 20% y un 15% menos de probabilidad para el caso de España), bien sea por desincentivar la búsqueda de trabajo o directamente teniendo que dejar de trabajar. Curiosamente las personas cuidadoras con mayor nivel de estudios reglados, si bien se incorporan con mayor probabilidad al mercado de trabajo, lo hacen con mayor probabilidad teniendo que reducir la jornada de trabajo, tienen más problemas para cumplir sus horarios de trabajo y es más probable que vean resentida su vida personal. Al igual que antes un alto grado de dependencia del discapacitado, especialmente en lo que concierne a las AIVD, afecta más negativamente a las posibilidades laborales de la persona cuidadora. En lo relativo a la división geográfica tampoco en este caso se observa un claro patrón norte-sur.

Finalizamos con el análisis de las consecuencias sobre la vida personal y familiar de los cuidadores/as. En línea con lo expuesto anteriormente las mujeres siguen siendo las más perjudicadas, si las comparamos con los hombres, especialmente en lo que se refiere al tiempo para cuidar de sí mismas<sup>25</sup> (entre un 16 y 13%, según sea la especificación 1 o 2, menos de probabilidad que los hombres para Andalucía y entre un 21 y 17% menos que los hombres para España) y para disfrutar de sus amigos/as y el resto de su familia (entre un 5 y un 10% de probabilidad menos que los hombres tanto para Andalucía como para España). Estos efectos negativos mantienen una clara correlación directa con el tiempo dedicado a los cuidados, salvo en lo que respecta a los conflictos de pareja<sup>26</sup> (que

---

<sup>25</sup> Lo que a su vez puede redundar en la adopción de hábitos de vida nocivos y el abandono de conductas preventivas de salud.

<sup>26</sup> Las consecuencias en términos de conflictos con la pareja y, en general, las dificultades para conciliar vida personal, profesional y familiar generan a su vez secuelas negativas en el cuidador/a (véase Marcenaro, 2009, para un estudio pormenorizado de las consecuencias de las dificultades de conciliación).

mantiene una relación inversa). Algo similar ocurre con la falta de formación adecuada, que se manifiesta –de nuevo- como un instrumento valioso para reducir estos efectos colaterales de la prestación de cuidados (ver tabla C1c y C2c).

#### **4. Conclusiones**

En este trabajo hemos analizado los perfiles que presentan -en Andalucía y en el resto de España- las personas que cuidan de discapacitados/as. Partiendo de los resultados obtenidos en el análisis descriptivo se ha constatado la perpetuación del rol de la mujer, por la sociedad, como principal responsable de la atención a personas discapacitadas, es decir la feminización de los cuidados informales sigue siendo una realidad. Además son éstas las que prestan los cuidados con mayor intensidad, medida por las horas de dedicación a estas tareas. Esta mayor asunción de responsabilidades las sitúa en un claro dilema frente a la posibilidad de poder compatibilizar los cuidados con la realización de una actividad laboral remunerada fuera del hogar, que en muchas ocasiones se resuelve con la ausencia de las mujeres en el mercado de trabajo, con los consiguientes costes para la sociedad debido a la imposibilidad de hacer una distribución y uso eficiente de las inversiones en capital humano. Prueba de esto último es el mayor número de horas que las personas que declaran no poseer suficiente formación para realizar las actividades de cuidados dedican a estas tareas.

Los resultados se ven matizados cuando acudimos al análisis condicional (multivariante) que, mediante la utilización de un procedimiento econométrico para resolver el sesgo de endogeneidad de las variables horas de cuidados y probabilidad de estar trabajando, nos arroja estimaciones consistentes de los parámetros de interés. De los valores de estos coeficientes hemos detectado por lo que hemos podido inferir que si bien el dilema entre cuidados y trabajo fuera del hogar existe, la relación es unidireccional en el sentido de que las personas que prestan cuidados informales se plantean si trabajar o no en el mercado laboral, y en función de esa decisión regulan la intensidad de los cuidados que prestan. No obstante la debilidad de los instrumentos empleados hace que tengamos que tomar con cautela la cuantía de las relaciones; aunque en cualquier caso si parecen esclarecer el signo de las correlaciones existentes y la necesidad de analizar ambas decisiones de forma conjunta para evitar sesgos en las estimaciones.

El segundo bloque de nuestras estimaciones muestra, complementariamente, que los efectos, para los cuidadores y cuidadoras, de la prestación de cuidados no se restringen al mercado laboral sino que van acompañados de un deterioro general de sus condiciones de vida, tanto en la salud física como psíquica y las relaciones familiares. Ese deterioro es especialmente notable en el caso de las mujeres, y no se deben exclusivamente al mayor tiempo que dedican a la prestación de cuidados.

De todos estos resultados se derivan algunas recomendaciones que es importante asumir si queremos afrontar un futuro –que ya es presente- en el que el envejecimiento de la población y su traducción en términos de población discapacitada va a ser una realidad creciente. Fundamentalmente es importante educar en valores de igualdad, puesto que sólo así hombres y mujeres asumirán como natural la necesidad de distribuir la “carga” que supone la atención a la discapacidad. Partiendo de esa escala de reparto equitativo las políticas laborales deben ir encaminadas a hacer más accesible la flexibilidad laboral a las personas que deben cuidar de personas discapacitadas, y llevar a cabo un reconocimiento explícito de la tarea desarrollada por estas personas.

### **Bibliografía**

- ÁLVAREZ, R. M. y GLASGOW, G. (2000). “Two stage estimation of non recursive choice models”. *Political Analysis*, vol 8(2): 147-165.
- BASS, D.M., & NOELKER, L.S., (1987). “The influence of family caregivers on elders use of in-home services: An expanded conceptual framework”. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 184-196.
- BÉLAND, F. y ZUNZUNEGUI, M.V. (1995). “La salud y las incapacidades funcionales. Elaboración de un modelo causal”. *Rev. Gerontología*, 5, 259-273.
- BIURRUN, A.; ARTASO, B. y GOÑI, A. (2003). “Apoyo social en cuidadores familiares de enfermos con demencia”. *Geriatría*, 19, 181-187.
- CARMICHAEL, F. y CHARLES, S. (1998). “The Labour Market Costs of Community Care”. *Journal of Health Economics*, 17 (6), 747-67
- CARRETERO, S., GARCÉS, J. y RÓDENAS, F. (2006). “La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial”, *IMSERSO*: 52-84.
- CHAPPELL, N.L. y REID, C. (2002). “Burden and well-being among caregivers: examining the distinction”. *The Gerontologist*, 42, 772- 780.
- COHEN, S., KESSLER, R. y GORDON, L. (1993). *Measuring stress and morbidity in dementia carers: a guide for health and social sciences*. New York: Oxford University Press.
- CRESPO, L. y MIRA, P. (2010). “Caring for Parents and Employment Status of European mid-life Women”. *CEMFI Working Paper No. 1007*.
- DETTINGER, E. y CLARKBERG, M. (2002). “Informal caregiving and retirement timing among men and women: Gender and caregiving relationships in late midlife”. *Journal of Family Issues*, 23 (7), 857–879.
- FEMIA, E.E.; ZARIT, S.H. y JOHANSSON, B. (2001). “The disablement process in very late life: a study of the oldest-old in Sweden”. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 1 (56B), 13-23.
- GARCÍA-CALVENTE M. M., MATEO-RODRÍGUEZ I. y EGUIGUREN A. P. (2004), “El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad”, *Revista Gaceta Sanitaria*, 18 supl. 1: 132-139.



- GARCÍA, M.M.; MATEO, I. y GUTIÉRREZ, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- GARCÍA, M. M., MATEO, I., y MAROTO, G. (2004). “El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres”. *Gaceta Universitaria*, 18, pp. 83-92.
- GAUGLER, J.E; KANE, R.A. y LANGLOIS, J. (2000). *Assessment of Family Caregivers of Older Adults*. En R.L. Kane y R.A. Kane (eds.): *Assessing Older Persons: Measures, Meaning and Practical Applications*. New York: Oxford University Press, pp. 320–359.
- GRUNDY, E. y GLASER, K. (2000). “Sociodemographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study”. *Age and Ageing*, 29, 149-157.
- HAWRANIK, P.G. y STRAIN, L.A. (2000). *Health of Informal Caregivers: Effects of gender, employment, and use of home care services* Winnipeg (Manitoba): University of Manitoba, Centre on Aging.
- INE (2004b). *Cifras de población*. Madrid: INE.
- JENSON, J. y JACOBZONE, S. (2000). *Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers n° 41*. Paris: OECD; Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs; Employment, Labour and Social Affairs Committee.
- JIMÉNEZ, S. y VILAPLANA, C. (2009). “The trade-off between formal and informal care in Spain”. *FEDEA-Documento de Trabajo* 2008-22.
- KATZ, S. et al. (1963): “Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function”, *JAMA*, 185, p. 914-919.
- KILLINGSWORTH, M. R. y HECKMAN, J.J. (1986). “Female Labor Supply: A Survey”. En O. Ashenfelter y R. Layard (ed.): *Handbook of labor economics*. North-Holland, pp. 103-124.
- LAWTON, M.P. y BRODY, E.M. (1969). “Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living”. *Gerontologist*, 9, 179-186
- MARCENARO, O. (2009). “Costes laborales y psicológicos de las dificultades de conciliación de la vida familiar y laboral”. *Revista Moneda y Crédito*, vol. 229, pp. 41-90.
- NAVAIE-WALISER, M.; SPRIGGS, A. y FELDMAN, P.H. (2002). “Informal caregiving. Differential experiences by gender”. *Med Care*, 40, 1249-1259.
- OMAR M. G. (2003). “Simultaneous Equations Models: what are they and how are they estimated”. *Ohio State University*, mimeo.
- PEARLIN, L.I.; MULLAN, J.T.; SEMPLE, S.J. y SKAFF, M.M. (1990). “Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures”. *Gerontologist*, 30, 583–594.
- PENCAVEL, J. H. (1986). “Labor Supply of Men: A Survey”. En O. Ashenfelter y R. Layard (ed.): *Handbook of labor economics*. North-Holland, pp. 3-102.
- PITROU, A. (1997). “Vieillesse et famille : qui soutien l’autre ?”. *Lien social et Politiques- RIAC*, 38, 145-158.
- SCHULZ, R. y WILLIAMSON, G.M. (1991). “A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer’s caregivers”. *Psychology & Aging*, 6, 569 – 579.
- STRATTON, L. (2001). “Why does more housework lower women’s wages? Testing hypotheses involving job effort and hours flexibility”. *Social Sciences Quarterly*, 82, vol. 1: 67-76.
- TOBÍO, C. (2008). “Redes familiares, género y política social en España y Francia”, *Política y Sociedad*, vol. 45 (2): 87-104.
- TRIGÁS, M., FERREIRA, L. y MEIJIDE, H. (2011). “Escalas de valoración funcional en el anciano”. *Galicia Clínica*, vol. 72 (1): 11-16.
- VILLALBA, C. (2002). *Abuelas cuidadoras*. Colección Políticas de Bienestar Social. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- WAIDMAN, T.A. y LIU, K. (2000). “Disability trends among elderly persons and implications for the future”. *Journal of Gerontology*, 55B (5), S298-307
- YEE, J. L. y SCHULZ, R. (2000). “Gender Differences in Psychiatric Morbidity Among Family Caregivers: A Review and Analysis”. *The Gerontologist*, 2 (40), 147-164.
- ZARIT, S.H.; TODD, P.A. y ZARIT, J.M. (1986). “Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study”. *The Gerontologist*, 26, 260 – 266.