¿QUIÉNES CUIDAN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ASTURIAS?

UNA RADIOGRAFÍA DE LOS CUIDADORES EN EL HOGAR

Consuelo Rodríguez Barreiro
Departamento de Sociología-Área de Trabajo Social y Servicios Sociales (Universidad de Oviedo)

Vanesa Rodríguez Álvarez
Departamento de Sociología-Área de Sociología (Universidad de Oviedo)

DOCUMENTOS CRIBS 2/2025

El texto es responsabilidad de los autores, no ha sido sometido a revisión editorial y no compromete a la Cátedra. La Cátedra de Innovación Social-Retos Sociales del Bienestar de la Universidad de Oviedo (CRIBs) recibe una subvención de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, con fondos procedentes del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia de la Unión Europea.

Resumen

La cuestión de los cuidados ha ido adquiriendo relevancia en los últimos años por diversas razones. Una de ellas es su relación con la división sexual del trabajo en contextos patriarcales que atribuye a las mujeres, como una suerte de imperativo moral, todas aquellas actividades relacionadas con la sostenibilidad de la vida cotidiana. Cuidar conlleva tanto la planificación como la ejecución de tareas de índole material y afectivo y, en tanto que es un mandato de género, se sobreentiende la capacidad de las mujeres para desarrollarlas. Conocer cómo es la distribución de los cuidados que reciben las PCD en su hogar es un fenómeno de interés para saber cómo el género y otros determinantes sociales afectan a la calidad de vida de las personas cuidadoras, y, por tanto, a la de las personas cuidadas.

Se pretende fijar los hechos básicos de las personas cuidadoras de las personas con discapacidad que residen en los hogares asturianos. Para ello se analizarán, entre otros, relaciones de parentesco, sexo, edad, nivel educativo, relación con la actividad y problemas de salud vinculados al cuidado.

La fuente de información utilizada nos permite acercarnos al número y perfil de los cuidadores de las PCD, mostrando el papel central de la red familiar para proporcionar los cuidados y, en particular, de las mujeres, como madres y como hijas. Debemos tener en cuenta que la larga duración de los cuidados y el esfuerzo que requieren provocan a menudo, entre otros, problemas de salud y de participación en el mercado de trabajo.

El análisis está basado principalmente en la última encuesta especializada sobre discapacidad realizada en España, la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2020 (conocida como EDAD-2020).

Índice

1 **Introducción** 6

2 **Cuidados en el hogar y género: distintas aproximaciones** 8

2.1 Perfil y características de las mujeres cuidadoras 14

3 **Base de datos utilizada: la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2020** 20

4 **Las personas con discapacidad en Asturias** 22

4.1 Las personas con discapacidad y los cuidados 29

4.2 Los cuidados de las personas con discapacidad 33

4.2.1 Percepciones de los cuidadores respecto a distintos aspectos de su vida 37

5 **Conclusiones** 44

Bibliografía 48

Anexos 53

Anexo I: El certificado de discapacidad 53

Anexo II: La Ley de Dependencia 54

Anexo III: Cuestionario a cuidadores 56

Índice de cuadros, gráficos y tablas

Cuadro 2.1: Ocupados a tiempo parcial según razones para ello y sexo en España (%), 2024 14

Cuadro 4.1: Distribución del nº de horas dedicadas a los cuidados, en función del tipo de cuidador principal (%) 35

Cuadro 4.2: Distribución de la duración de los cuidados, en función del tipo de cuidador principal (%) 36

Gráfico 4.1: Distribución de las PCD en Asturias por edad y sexo (% sobre el total de PCD de cada sexo) 23

Gráfico 4.2: Distribución de las PCD en Asturias por edad y sexo (% sobre el total de PCD en cada grupo de edad) 24

Gráfico 4.3 Tasa de prevalencia de la discapacidad en Asturias por edad y sexo 25

Gráfico 4.4: Distribución por tipo de discapacidad y sexo de las personas con discapacidad de 6 o más años en Asturias (% sobre el total de PCD) 26
Gráfico 4.5: Distribución estado de salud de las personas con discapacidad de 6 o más años en Asturias (% sobre el total de PCD). 26
Gráfico 4.6: Distribución de la población de 6 o más años con alguna discapacidad en función del grado de discapacidad reconocido por sexo 27
Gráfico 4.7: Personas con discapacidad de 6 y más años en función del grado de dependencia reconocido por sexo 28
Gráfico 4.8: Distribución de las PCD en Asturias por tamaño del hogar y sexo (% sobre el total de PCD de cada sexo) 29
Gráfico 4.9. Personas con discapacidad de 6 o más años que reciben asistencia o cuidados personales relacionados con su discapacidad según sean proporcionados por residentes o no residentes en el mismo hogar, por sexo 30
Gráfico 4.10: Cuidador principal, que reside en el mismo hogar, de personas con discapacidad (6 o más años) que reciben cuidados o asistencia, por sexo 31
Gráfico 4.11: Cuidador principal, que reside fuera del hogar, de personas con discapacidad (6 o más años) que reciben cuidados o asistencia, por sexo 32
Gráfico 4.12: Distribución de las PCD en Asturias en función de si reciben cuidados y algún tipo de servicio social (% de los que sí reciben estos servicios).....33
Gráfico 4.13: Percepción de la propia salud de los cuidadores principales en función de si residen o no con la PCD que cuidan y si comparten o no la tarea de cuidados 34
Gráfico 4.14: Percepción de la propia salud de los cuidadores principales en función del tipo de cuidador principal 35
Gráfico 4.15: Distribución del grado de dependencia en función del tipo de cuidador principal 37
Gráfico 4.16: Efectos en la vida laboral de los cuidadores principales (que residen en el mismo hogar que la PCD) en función del tipo de cuidador principal.....38
Gráfico 4.17: Cuidadores principales (que residen en el mismo hogar que la PCD) y consecuencias de la falta de ocupación en función del tipo de cuidador principal.....39
Gráfico 4.18: Efectos en el ocio de los cuidadores principales (que residen en el mismo hogar que la PCD) en función del tipo de cuidador principal 40
Gráfico 4.19: Efectos en las relaciones afectivas de los cuidadores principales (que residen en el mismo hogar que la PCD) en función del tipo de cuidador principal 41

Gráfico 4.20: Falta de tiempo para otros cuidados (incluyendo el autocuidado) de los cuidadores principales (que residen en el mismo hogar que la PCD) en función del tipo de cuidador principal 42
Gráfico 4.21: Valoración del reparto de cuidados en función del tipo de cuidador principal (cuidadores principales que residen en el mismo hogar que la PCD) 43
Tabla 2.1:Selección de estudios sobre personas cuidadoras realizados en España.....17
Tabla 2.2: Selección de informes sobre personas cuidadoras realizados en España ...19
Tabla 5.1: Principales características (según la EDAD-2020) de las dimensiones del cuidado identificadas por Thomas (2011).....46
Tabla A.1: Preguntas a las PCD sobre los cuidadores 56
Tabla A.2: Preguntas al cuidador principal que reside en el hogar de la PCD (excepto empleados domésticos) 57
Tabla A.3: Preguntas al cuidador principal que no reside en el hogar de la PCD 57
Tabla A.4: Preguntas a todos los cuidadores principales 58

1 Introducción

Las mujeres han asumido tradicionalmente las tareas de cuidados de acuerdo con los mandatos de género y la división sexual del trabajo. El modelo de varón proveedor-mujer cuidadora es uno de los acuerdos implícitos sobre el que se articula el estado de bienestar en España. En Asturias, debido al peso de los sectores industrial y minero, este patrón de roles complementarios ha sido más sólido que en otras partes del Estado.

Los avances y los cambios sociales como el aumento de la esperanza de vida, las nuevas estructuras familiares o la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo han venido a modificar esta realidad generando lo que diferentes autores denominan crisis de los cuidados. Dicha crisis se afronta desplegando diferentes estrategias públicas y privadas como pueden ser los diversos recursos encuadrados dentro del Sistema de Atención a la Autonomía y la Dependencia (SAAD), la mercantilización de los cuidados bien sea mediante empresas o mediante la contratación de personas inmigrantes (mujeres mayoritariamente), o con un reparto de los cuidados en los propios hogares que puede resultar en una distribución igualitaria o no.

Desde hace varias décadas, asimismo, asistimos a la sustitución paulatina del modelo médico-rehabilitador por el modelo social de la discapacidad, que pone el foco en las barreras sociales más que en las características individuales. Esto, unido a que los cuidados de larga duración se han convertido en una prioridad política, supone un cambio no sólo en la concepción de la discapacidad sino también de los cuidados.

Es por ello que el objetivo del trabajo es aproximarse a la realidad de quienes cuidan a las personas con discapacidad en Asturias, prestando especial atención a las dimensiones del cuidado. Estas dimensiones están vinculadas a aspectos como la identidad social de receptores y proveedores de cuidados, la naturaleza de los mismos o su marco económico e institucional.

El cambio de enfoque, al que se ha hecho referencia con anterioridad, no siempre viene acompañado de una redistribución equitativa de la labor del cuidado puesto que las mujeres siguen siendo mayoritariamente quienes la asumen, tanto en la esfera pública como en el ámbito privado. De hecho, como veremos, más del 90% de los cuidadores principales son miembros de la red familiar, fundamentalmente madres, esposas e hijas, independientemente de que convivan o no con la persona con discapacidad.

Las mujeres cuidadoras, según las fuentes consultadas, responden a un perfil que ha sufrido pocas variaciones a lo largo de los años: mujeres que superan los 50 años, que cuidan a familiares de primer grado y con una alta intensidad en los cuidados en términos de tiempo y salud física y mental. Todo ello repercute, además, en aspectos de su vida personal como puede ser reduciendo el tiempo de autocuidado o limitando su acceso a actividades de ocio o de empleo.

La intensidad en el tiempo de cuidados queda patente al observar que más de la mitad de las personas cuidadoras llevan 8 años o más cuidando a la misma persona, y, más de una cuarta parte, lo hacen las 24 horas del día.

A pesar de ese desequilibrio, casi tres cuartas partes de las personas cuidadoras considera que la carga del cuidado está distribuida adecuadamente observándose los valores más bajos para el caso de las hijas, aunque más de la mitad de ellas también lo opina.

La estructura de este documento es la siguiente. A continuación, se presenta un apartado sobre los cuidados y el perfil de las mujeres cuidadoras en España. En el apartado tres se describe la base de datos utilizada para el estudio (EDAD, 2020) y se muestran las principales características de las personas con discapacidad y sus cuidadores en Asturias, además de las percepciones que estos últimos tienen sobre los efectos del cuidado en su vida personal, profesional y social. El informe finaliza con un apartado de conclusiones.

2. Cuidados en el hogar y género: distintas aproximaciones

La cuestión de los cuidados ha adquirido relevancia social y política en las últimas tres décadas como consecuencia de las importantes y aceleradas transformaciones que ha experimentado la sociedad española. Antes de abordar el tema, es importante partir de que el Estado de Bienestar español se inscribe en el modelo mediterráneo (Ferrera, 1995) y, por tanto, presenta una serie de características que lo sitúan en un espacio intermedio entre los estados de bienestar de tradición bismarckiana y bedverigeana (Moreno, 2001). Unos de los rasgos sobresalientes de los estados de bienestar mediterráneos es su familismo, es decir, la centralidad de las familias en la provisión de bienestar en el que se aprecia "(…) una persistente microsolidaridad en los hogares y una complementariedad en la interacción entre familia, instituciones públicas y sociedad civil por el enorme peso que la familia ha tenido y tiene todavía en la provisión de bienestar" (Moreno, 2018:20).

Los diferentes Regímenes de Bienestar analizados por Esping-Andersen (1993), y más marcadamente el modelo mediterráneo propio del sur de Europa, tienen un fuerte sesgo de género como han revelado las investigaciones feministas desde diferentes planteamientos no siempre convergentes (Lewis, 1994; Carrasco, 1997; Fraser, 2015; Pateman, 2018). La idea compartida podría resumirse en que los estados de bienestar que se desarrollan tras la II Guerra Mundial en Europa se construyen sobre un pacto implícito de género, el del varón proveedor y la mujer cuidadora, una dicotomía que tiene sus correlatos en otras como trabajo remunerado/ trabajo no remunerado, tareas productivas/tareas reproductivas o esfera pública/esfera privada (o doméstica). Lewis (1994) cuestiona la tipología de Regímenes de Bienestar propuesta por Esping-Andersen por ignorar la posición de las mujeres y la falta de un reconocimiento significativo del trabajo no remunerado de cuidados. A su entender, las mejoras conseguidas en los regímenes de bienestar más avanzados se deben a la vinculación de los derechos sociales a la condición de asalariadas de las mujeres. Así, afirma que "los regímenes de género tienden a romper con esta clase de tipología. Esto se debe a la relación de las mujeres con el trabajo remunerado y no remunerado y a su complicada situación como asalariadas dependientes e independientes a lo largo de toda su vida" (1994:61).

Para esa autora, el establecimiento del salario familiar masculino afianzaba el modelo de género tradicional y con ello otorgaba un papel secundario al trabajo remunerado de

las mujeres, impedía reconocer sus aportaciones (remuneradas o no) al bienestar, así como sus derechos y supeditaba las necesidades personales de las propias mujeres a la que ha sido históricamente definida como su función social por excelencia: la maternidad (Lewis, 1994). Desde una perspectiva distinta, Fraser entiende que la reproducción social ha sido siempre imprescindible para el desarrollo del sistema capitalista, y que los cuidados hay que entenderlos como una de las grandes contradicciones del capitalismo que se han resuelto en cada fase de su desarrollo de formas diversas. Así, los estados de bienestar fordistas vinieron a asumir una parte de la reproducción mediante políticas públicas en materia de sanidad, educación y servicios sociales, y se "forjó una novedosa síntesis de mercantilización y protección social" (Fraser, 2015:123) que mejoró la vida de hombres y mujeres, pero que eludía las desigualdades de género sobre la que se construyeron aquellos. Con la emergencia del feminismo de los 60-70 del siglo XX se cuestiona el salario familiar masculino y las mujeres, individual y colectivamente, van ganando protagonismo en la vida social y política. Según Fraser, desde los años 80, está ganando terreno un discurso (también en el feminismo) que se basa en el pensamiento liberal y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en todos los ámbitos y especialmente en el mercado laboral. Dicho discurso considera que todo lo relacionado con la reproducción social es una carga de la que es necesario prescindir.

Pateman (2018) parte de lo que llama el "dilema de Wollstonecraft" para argumentar que las mujeres no pueden alcanzar una ciudadanía plena dentro del estado de bienestar patriarcal. El dilema se plantea entre una ciudadanía universal, que equipararía a las mujeres y los hombres en derechos y oportunidades, y una ciudadanía diferenciada que reconocería ciertos derechos específicos a las mujeres. Se plantea así un conflicto entre los universal y lo particular, entre la igualdad y la diferencia, entre el reconocimiento y la redistribución. Pateman considera irresoluble ese dilema en tanto se plantea en un modelo de estado que no ha removido las estructuras que generan la desigualdad entre hombres y mujeres.

Este enfoque dista mucho de lo que defienden otras feministas europeas, especialmente las escandinavas, para quienes el estado de bienestar es un marco político desde el que transformar las relaciones patriarcales. Así lo entendía Hernes (1990) cuando reivindicaba que del mismo modo que "la tradición socialdemócrata creó la solidaridad entre los trabajadores, podría renovarse desde adentro y allanar el camino para la

creación de una cultura asistencial de solidaridad entre las generaciones" (pg.137). Por tanto, la igualdad entre hombres y mujeres necesita una igual participación de ambos sexos en la cultura asistencial y en la cultura del trabajo tradicional. En el contexto español, Carrasco (1997) apunta que el acceso a la ciudadanía ha supuesto mejoras para las mujeres en términos de protección social, pero también que ello no ha sido suficiente puesto que se mantienen fuertes desigualdades entre hombres y mujeres, como pone de manifiesto, entre otras cosas, el tema de los cuidados. La autora se cuestiona si, aun en un sistema que oferte servicios universales, mayor igualdad laboral y en otros ámbitos, el modelo de sociedad sería el deseable o si supone asumir acríticamente el modelo patriarcal que sigue invisibilizando los intereses y expectativas de las mujeres.

Aunque las reflexiones sobre el Estado de Bienestar son más tardías, las teóricas feministas vienen analizando desde los años 70 del pasado siglo el trabajo doméstico, después trabajo reproductivo y hoy trabajo de cuidados, y su desigual distribución entre hombres y mujeres. Así, a lo largo de tres décadas se ha evidenciado no sólo la relevancia de tales tareas para el sostenimiento de la vida y el bienestar de las personas, sino también su contribución decisiva a la economía (Durán, 2000). Algunas economistas feministas, incluso, plantean la necesidad de avanzar hacia la economía del cuidado como alternativa al modelo económico dominante que subordina la reproducción a la producción (Carrasco, 2012).

Sin embargo, el cuidado, tal y como afirma Durán (2018), es un concepto polisémico cuyo significado concreto depende del contexto en que se utilice, la perspectiva de quien cuida y quien es cuidado, su naturaleza formal o informal, etc. Carrasco, Borderías y Torns (2011) señalan que, además de la diversidad terminológica, se plantean interesantes debates en torno al propio contenido de los cuidados, según se trate de tareas de atención directa o indirecta (tareas domésticas, gestión y organización del cuidado, mediación y la actitud de estar disponible para otros) o del componente emocional que conlleva cuidar. Así, señalan, que es común hablar de servicios de cuidado o atención para referirse a los cuidados remunerados que proporcionan bien la administración pública bien el mercado, mientras que el trabajo de cuidados remitiría a aquella actividad no remunerada que se desarrollado dentro de los límites del hogar, habitualmente por familiares de quienes reciben los cuidados. Pérez Orozco (2006), entiende los cuidados como un amplio conjunto de tareas relacionadas con el bienestar material e inmaterial

de las personas en la vida cotidiana. Por tanto, los cuidados incluirían la cobertura de las necesidades fisiológicas y de las de carácter afectivo y relacional.

Tronto (2020) se refiere al cuidado como una serie de prácticas que abarcan aspectos diferentes y analiza la complejidad del concepto a partir de cuatro fases: preocuparse, hacerse cargo, suministrar cuidados y recibirlos. El cuidado presenta unas características centrales en su concepción: tiene carácter relacional, pues se basa en la idea de interdependencia de los seres humanos -y de su entorno-, responde a la fragilidad y vulnerabilidad humanas, y todas las personas necesitaremos cuidados o los prestaremos en diferentes momentos de nuestra vida. Además, el cuidado es contextual por lo que se define y concreta de forma diferente según los grupos y culturas, y, por último, el cuidado debe ser democrático e inclusivo.

Thomas (2011), tras revisar diferentes definiciones de los cuidados considera imprescindible alcanzar una consensuada partiendo de las siguientes dimensiones del cuidado: a) la identidad social de la persona cuidadora; b) la identidad social de la persona cuidada; c) las relaciones entre cuidado y cuidador/a; d) la naturaleza de los cuidados; e) ámbito social en que se presta el cuidado; f) carácter asalariado o no del cuidado; g) marco institucional en que se presta el cuidado. De este modo, para Thomas "Los cuidados son la prestación remunerada o no remunerada de apoyo en la cual intervienen actividades que implican un trabajo y estados afectivos. Los prestan principal, aunque no exclusivamente, mujeres, tanto a personas adultas sanas como a personas dependientes y a los niños y niñas, en la esfera pública o en la esfera doméstica, y en una diversidad de marcos institucionales" (2011:169).

Las definiciones del cuidado son diversas, pero uno de los aspectos que todas incorporan en alguna medida es el relacionado con los afectos considerados, a menudo, como inseparables de las tareas reproductivas, sobre todo cuando se desarrollan en el ámbito informal por las mujeres de la familia. En este sentido, Esteban (2017) critica el uso excesivo de los cuidados en los discursos feministas y advierte de los riesgos que para las mujeres comporta la "hipertrofia de la dimensión emocional de los cuidados" (pg. 41). Esta preocupación se debe a que la insistencia en el componente afectivo del cuidado proporcionado por las mujeres olvida, a su entender, que estas tareas no responden a una suerte de esencia femenina sino a la construcción social de la feminidad en contextos patriarcales. Así, Esteban aboga por diferenciar la dimensión afectiva-emocional de otras tareas de cuidados con la finalidad de poder abordar el cuidado en

toda su complejidad (alimentación, higiene, seguridad, empatía, respeto, autonomía, libertad…) sin descuidar las condiciones y necesidades de las personas cuidadoras. En consecuencia, opta por delimitar el concepto de cuidado a las tareas que se prestan a personas dependientes ya sea por edad, enfermedad o condición.

En esta línea, Lewis y Daly (2011) utilizan el concepto de *social care* como una categoría de análisis compuesta por tres dimensiones interrelacionadas en el análisis de los estados de bienestar desde una perspectiva de género. La primera dimensión hace referencia a los cuidados entendidos como trabajo; la segunda sería la dimensión ética que alude a la responsabilidad social y familiar de los cuidados; y la última sería la dimensión económica y emocional desde el punto de vista de los costes que conlleva cuidar, y su reparto entre individuos, familias y sociedad. Desde este enfoque multidimensional el *social care* sería "el conjunto de las actividades y las relaciones que intervienen en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de las personas adultas dependientes y de las niñas y niños, y los marcos normativos, económicos y sociales en los que aquellas se asignan y se desarrollan" (Lewis y Daly, 2011:231).

La cuestión sería, entonces, delimitar qué tareas de cuidados deben garantizarse mediante políticas públicas orientadas a promover la socialización del cuidado y la distribución justa de las tareas reproductivas, y qué otras deben mantenerse como expresión de los afectos y la responsabilidad personal. El asunto es complejo, ya que presuponer que el cuidado siempre se basa en los afectos es obviar no sólo la obligación moral que cuidar ha supuesto para las mujeres, sino también las tensiones, conflictos y abusos que pueden darse en la relación entre cuidado y cuidador en contextos informales.

El debate no está cerrado ni mucho menos, pero en lo que sí parece haber consenso es en que los cambios en los roles de género y la incorporación de las mujeres al mercado laboral, junto con las transformaciones en las estructuras familiares, el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento, el incremento de enfermedades crónicas, etc., son factores que han provocado la crisis del modelo de cuidados que descansaba sobre la división sexual del trabajo. Como asevera Rodríguez Cabrero "los compromisos morales tradicionales basados en el trabajo gratuito de la mujer cuidadora no son viables a medio-largo plazo" (2002: 60). Ciertamente el modelo de familia de varón proveedor/mujer cuidadora viene siendo desplazado por las familias con doble ingreso

o de dos sustentadores, pero estas siguen recurriendo fundamentalmente a la red familiar para que les apoye en las tareas de cuidados (FOESSA, 2019).

En este escenario, encontramos tres modelos de cuidados (Rodríguez Cabrero, 2002): a) los cuidados en el hogar prestado fundamentalmente por mujeres como corresponde a un estado de bienestar familista y generizado (García-Sainz, 2021); b) los servicios de cuidados ofrecidos por el Estado a través de diversos recursos de apoyo y atención; c) los cuidados que se obtienen en el mercado y que, en los últimos años, tienen también rostro femenino al recurrir las familias a la contratación de mujeres inmigrantes muchas veces, dando lugar a lo que se ha denominado "cadenas globales de cuidados" (Pérez Orozco, 2010). En los últimos años parece crecer un cuarto modelo de cuidados mixto en que la preferencia de las personas sigue siendo recibir los apoyos en su hogar, pero con el complemento de algún servicio externo formal (Gutiérrez, López-Rodríguez y Tejero, 2024).

Pérez Orozco entiende por crisis de los cuidados "el complejo proceso de desestabilización de un modelo previo de reparto de responsabilidades sobre los cuidados, y la sostenibilidad de la vida que conlleva una redistribución de las mismas y una reorganización de los trabajos de cuidados (…)" (2006: 9). Esta crisis se agudiza en el estado de bienestar español que por sus peculiaridades históricas y un desarrollo más débil que el seguido por otros países de nuestro entorno, presenta carencias en la atención a las situaciones de dependencia, en el desarrollo de los servicios sociales, en la capacidad para responder a nuevos riesgos sociales como el envejecimiento y en el desarrollo de políticas que favorezcan la conciliación de la vida laboral y familiar (Rodríguez Cabrero, 2016). Estos problemas se han agravado en los últimos años por la orientación neoliberal de las políticas sociales lo que está dando lugar a la refamilización y refeminización de los cuidados (Rodríguez Cabrero, 2016; Moreno y Mari-Klose, 2024). En esta línea, para Fraser (2015), lo que se estaría produciendo desde los años 80 del pasado siglo es una alianza entre las élites (hombres y mujeres) para debilitar la protección social y externalizar los cuidados transfiriéndoselos a las mujeres inmigrantes (en otras etapas se hizo lo propio con las mujeres de clase obrera).

En todo caso, la crisis de cuidados es global y no sólo acentúa las desigualdades entre hombres y mujeres, sino que también lo hace entre las propias mujeres (Legarreta Iza, 2017). Obviamente el cuidado no sólo tiene género, la clase social y la etnia son aspectos que configuran el modelo de organización de los cuidados. La importancia del cuidado

como consecuencia de los cambios descritos y su carácter feminizado, ya se preste en contextos profesionales o no, hace emerger, según Durán una nueva clase social, el *cuidatariado,* caracterizado por la precariedad y las malas condiciones laborales (Durán, 2018).

Se comparta o no este planteamiento de Durán, lo que parece innegable es que, desde un punto de vista estructural, la organización y el reparto de los cuidados es determinante para la igualdad de género. Sin embargo, se produce la "paradoja de género de la cohesión social" (CES, 2022:142) según la cual, aunque las mujeres son esenciales para conseguir la cohesión social precisamente por su rol de cuidadoras, no pueden disfrutar del mismo nivel de bienestar que los varones.

1.1 Perfil y características de las mujeres cuidadoras

Los datos disponibles muestran que las mujeres ocupadas que trabajan a tiempo parcial porque tienen a su cargo personas dependientes, superan con mucho a los varones en la misma situación. La razón principal que alegan tanto hombres como mujeres para optar por esta modalidad de contrato es asumir personalmente los cuidados si bien no es desdeñable la proporción de personas que manifiestan que no pueden asumir los costes de un servicio de cuidados o que los existentes no se adaptan a sus necesidades (Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1: Ocupados a tiempo parcial según razones para ello y sexo en España (%), 2024

Razones para trabajar a tiempo parcial	**Ambos sexos**	**Hombres**	**Mujeres**
Por no haber servicios adecuados para cuidado de hijos u otros familiares	14,2	19,4	13,8
Por no poder costear los servicios de cuidado de hijos u otros familiares	14,9	17,4	14,6
Querer cuidar personalmente de hijos u otros familiares	59,0	57,5	59,2
Por otros factores decisivos	11,0	5,0	11,6
No sabe	0,8	0,7	0,8
Ocupados a tiempo parcial por cuidados	13,6	6,8	21,4

Fuente: Encuesta de Población Activa (EPA).

Del mismo modo, el porcentaje de mujeres que renuncian a su empleo para cuidar supera al de los varones de forma significativa.

Son diversas las investigaciones que han analizado el perfil de las personas cuidadoras y el impacto que los cuidados tienen en diferentes áreas de su vida. Si bien los estudios se plantean objetivos, metodologías y muestras diferentes, como puede observarse en la selección recogida en la Tabla 2.1, en España, las mujeres siguen asumiendo en mayor medida los cuidados informales y los cuidados remunerados prestados en el hogar.

El estudio descriptivo basado en la Encuesta de Salud del País Vasco realizado por Larrañaga et al. (2008) comparaba la salud física y mental, la salud social, la calidad de vida y el uso de servicios en personas cuidadoras y no cuidadoras que conviven en el hogar de la persona cuidada, ajustando el análisis según el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y la situación laboral. Los resultados apuntan la feminización del cuidado y el menor nivel socioeconómico independientemente del sexo de la persona cuidadora. Las mujeres dedican más tiempo a cuidar, son mayoría entre quienes ofrecen cuidados de forma permanente y soportan mayor carga de cuidado. Así, la situación de las mujeres es peor en todos los aspectos estudiados excepto en la salud social, si bien las diferencias de género disminuyen con respecto a los hombres cuidadores cuando la carga de trabajo que comporta el cuidado aumenta.

Sala Mozos (2009), por su parte, analizó el impacto de los cuidados en la calidad de vida y el bienestar de las personas cuidadoras en el hogar mediante entrevistas semiestructuradas a personas cuidadoras y a profesionales relacionados con los servicios de cuidados. El perfil de las mujeres que participaron en el estudio es el de una mujer casada (hija o esposa) de entre 50 y 70 años, con estudios primarios y ama de casa. Las mujeres cuidadoras destacan la obligación moral como una de las razones principales para prestar los cuidados. El resto de las razones tienen que ver con dificultades para compartir las tareas por falta de redes familiares o la negativa a compartir el cuidado, presiones familiares, evitar la censura del entorno y la elección personal. Las mujeres ven más afectada su calidad de vida que los varones, perciben que su salud se deteriora como consecuencia del cuidado y el autocuidado ocupa un lugar secundario; también presentan problemas de salud mental en mayor medida y, en consecuencia, mayor consumo de medicamentos. Suelen reducir las relaciones sociales y el tiempo de ocio y las invaden sentimientos de abandono y culpa ante la posibilidad de recurrir a un recurso especializado. Cuando compatibilizan el cuidado con el empleo perciben este último como una vía de escape a pesar del aumento que supone en la carga de trabajo. En otros casos han optado por reducir jornada, cambiar de trabajo o dejar de trabajar. Por otra

parte, el cuidado no siempre tiene efectos negativos, cuando se dispone de apoyos las personas cuidadoras lo encuentran gratificante y una manifestación de las relaciones de reciprocidad.

La investigación desarrollada por Masanet y Laparra (2011) y realizada a partir de la Encuesta Nacional de Salud (2006), analizaba la relación entre el número de horas de cuidados informales y la salud mental. Los resultados muestran que las mujeres presentan un estado de salud mental más desfavorable que los hombres en todas las categorías analizadas: clase social, edad, horas de cuidado informal y apoyo social funcional. La salud mental también empeora más cuando se cuida a PCD que cuando los cuidados se prestan a menores. Las diferencias de género apreciadas se reducen cuando los cuidados superan las 97 horas semanales.

García Gómez, Jiménez-Martín, Oliva y Vilaplana Prieto (2011) analizan la EDAD 2008 y concluyen que el 68,96% de las personas cuidadoras principales que residían en el hogar eran mujeres, así como el 76,3% de las no residentes. En total, el 75% de todos los cuidadores informales eran mujeres. La mayoría de las personas cuidadoras tiene entre 35 y 64 años, están casadas, algo más de una cuarta parte no tiene estudios y en torno a un 34% tiene estudios primarios. Prácticamente el 84% de quienes cuidan son parientes próximos: cónyuge o pareja e hijos o hijas.

De acuerdo con Sánchez López (2012), cuidar tiene consecuencias negativas en la salud física y psicológica de los cuidadores sean o no profesionales sobre todo cuando se cuida a personas mayores y a hijos/as con discapacidad. Las cuidadoras presentan mayores niveles de depresión, sobrecarga, ansiedad, peor bienestar subjetivo y peor salud física. Según la autora, las variables que determinan el mayor o menor impacto en la salud son las siguientes: mayor edad y ser cónyuge; nivel socioeconómico bajo; ser mujer; recibir o no apoyo formal o informal; la forma de afrontamiento y los estilos de personalidad; la carga objetiva o grado de discapacidad y la carga percibida o valoración subjetiva

Salvador-Piedrafita et al. (2016), analizan la evolución de las desigualdades en salud de las personas cuidadoras en el contexto de la Ley de Dependencia. Para ello realizan un estudio de tendencias basado en las ediciones de la Encuesta Nacional de Salud de los años 2006 y 2012. Los resultados apuntan que apenas ha habido variaciones importantes en función del género y del nivel socioeconómico. Las mujeres que cuidan solas son las más perjudicadas en términos de salud.

El estudio transversal realizado por García Monchón et al. (2019) con cuidadores informales de ambos sexos en las provincias de Granada y Gipuzkoa arroja como resultados que las mujeres perciben una mayor carga de cuidados, dedican más tiempo al cuidado y consideran que tienen menos apoyo social que los hombres cuidadores. Además, ellas suelen realizar las tareas de cuidados menos gratificantes mientras que los hombres hacen las más agradables muchas veces fuera del hogar. El cuidado es percibido como más satisfactorio cuando la carga disminuye.

Tabla 2.1:Selección de estudios sobre personas cuidadoras realizados en España

Autoría	**Año**	**Ámbito territorial**	**Tipo de cuidados**	**Características de las personas cuidadoras**
Larrañaga *et al.*	2008	País Vasco	Informal	- Mayor porcentaje de mujeres - Menor nivel socioeconómico - Tasa de empleo más baja - Cuidados permanentes y de mayor intensidad - Más riesgo de mala salud - El riesgo de mala salud es similar en ambos sexos cuando aumenta la carga de trabajo.
Sala Mozos	2009	Aragón, Cataluña, Madrid	Informal	- Mujer casada - Entre 50-70 años - Ama de casa - Con estudios primarios. - Estrategias de afrontamiento más débil y redes de apoyo menos extensas. - Problemas físicos (cansancio, dolor de cabeza, alteraciones del sueño…) - Problemas psicológicos (depresión, ansiedad, consumo de fármacos - Sentimientos de culpa.
Masanet y Laparra	2011	Nacional	Informal	- Mujeres cuidadoras peor salud mental al margen de la clase social, edad, horas de cuidado y apoyo social funcional. - Las diferencias de género se atenúan cuando se superan las 97 horas semanales.
García Gómez *et al.*	2011	Nacional EDAD 2008	Formal e Informal	- Feminización del cuidado informal. - Problemas de salud - Problemas profesionales - Problemas en el tiempo de ocio y en la vida familiar
Sánchez López, M.P. (dir.)	2012	Nacional	Formal e Informal	- Peor salud física y psicológica sean o no profesionales - Las cuidadoras más depresión, sobrecarga, ansiedad, peor salud subjetiva y peor salud física.

Salvador-Piedrafita *et al.*	2016	Nacional	Informal	- Mayoría de mujeres que prestan cuidados solas. - Más amas de casa y jubiladas - Los hombres cuidadores más probabilidad de tener apoyo social y mejores indicadores de salud en general.
García-Mochón *et al*.	2019	Granada y Guipúzkoa	Informal	- Las mujeres mayor carga de cuidados - Más confinadas en el hogar - Menos apoyo social - La satisfacción aumenta cuando se reduce la carga de cuidados
Muñoz González y Pitxer	2022	Valencia	Cuidado remunerado (empleada del hogar)	- Condiciones y trayectorias profesionales y vitales precarias - Jornadas largas, bajos salarios, a menudo sin contrato - Combinación con otros trabajos en el ámbito doméstico - Sin formación especializada (no se les exige)

Fuente: Elaboración propia.

Si nos basamos en los informes emitidos por organismos oficiales (Tabla 2.2), la feminización del cuidado es también evidente. Así, el elaborado por el IMSERSO (2005) poco antes de la aprobación de la LAAPAD, destacaba la presencia femenina de mujeres entre los 40 y los 59 años, ama de casa y con estudios primarios. Los costes del cuidado eran altos en lo que al ocio y las relaciones familiares se refiere para todos los cuidadores, pero las mujeres ven más afectada su vida laboral y su salud mientras que los hombres se resienten más en el aspecto económico. El cuidado se percibía como una obligación moral y es valorado como algo satisfactorio y gratificante por la gran mayoría. Aun así, más de la mitad de las personas cuidadoras afirmaban que no tenían más remedio que encargarse del cuidado y, en una proporción algo menor, que no podían plantearse otras opciones por razones económicas.

Abellán García *et al*. (2018), señalan que las mujeres, sobre todo las que tienen entre 45 y 64 años, asumen más de la mitad de todas las horas de cuidado ofrecidas por el conjunto de los cuidadores (55%). Además, cuando es un hombre mayor el que requiere cuidado, los obtiene primero de su esposa y después de su hija. Si se trata de una mujer, es la hija quien asume normalmente el cuidado seguida de otros familiares y amigos.

La evaluación del SAAD realizada por Rodríguez Cabrero y Marbán Gallego (2022) aporta información similar en cuanto al género y la edad y, aunque aumentan un poco las mujeres que compatibilizan el cuidado informal a familiares con un empleo, todavía es muy alto el porcentaje de las que no trabaja fuera de casa ya sea porque nunca ha

trabajado o porque ha renunciado para cuidar. El estudio destaca la feminización de los cuidados profesionales y la mayor precariedad y discriminación salarias de estas.

Conclusiones similares se presentan en el informe del Servicio Estatal Público de Empleo (SEPE, 2024) sobre los cuidadores profesionales, incidiendo, en este caso, en el escaso reconocimiento de este tipo de trabajo, los riesgos laborales asociados al desempeño de las tareas de cuidados y la necesidad de mejorar las ratios de atención, muy altas dado el nivel de exigencia que comportan los servicios personales de cuidados. El organismo señala también la feminización del empleo doméstico y la elevada presencia en términos relativos de mujeres de origen extranjero que deben afrontar, además, otras dificultades asociadas a su condición de inmigrante.

Tabla 2.2: Selección de informes sobre personas cuidadoras realizados en España

Autoría	Año	Ámbito territorial	Tipo de cuidados	Características de las personas cuidadoras
IMSERSO	2005	Nacional	Cuidado formal e informal	- Mujeres casadas, entre 40-59 años, amas de casa, con estudios primarios Las mujeres más afectadas en el empleo y en la salud; los varones en el plano económico.
Abellán García *et al.*	2018	Nacional	Cuidado formal e informal	- Mujeres - Entre 45-64 años - Asumen más de la mitad de todas las horas de cuidados
Rodríguez Cabrero y Marbán Gallego (coords.)	2022	Nacional	Cuidado formal e informal	- El 69,6% mujeres - Entre 45-64 años - Estudios intermedios - El 38,6% de las mujeres compatibilizan el cuidado con el empleo; el 40,8% no trabaja fuera de casa - El 42,3% de los varones jubilado, prejubilado o con incapacidad para trabajar - La mayoría 8 años o más cuidando
SEPE	2024	Nacional	Cuidado formal e informal remunerado	**Profesionales** - Salarios bajos, jornadas largas, temporalidad y parcialidad de los contratos. - Trabajo exigente con poco reconocimiento - Riesgos laborales físicos y psicológicos - Desajuste de las ratios de atención **Empleadas del hogar:** - Alta participación de mujeres - Alta participación de personas extranjeras

Fuente: Elaboración propia.

2. Base de datos utilizada: la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2020

La fuente de información utilizada en este trabajo es la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia de 2020 (conocida como EDAD-2020). Esta encuesta ha sido realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) entre agosto de 2020 y octubre de 2021 a las PCD en viviendas familiares[1].

Siguiendo criterios internacionales, en la EDAD-2020 se entiende por discapacidad una limitación, cuyo origen sea una deficiencia, importante para la realización de las actividades habituales (AVD) de la vida diaria que dure más de un año. Si bien es cierto que se pregunta si están en posesión o no del certificado de discapacidad (esta no es la variable clave para identificarles como personas con discapacidad[2]). No se trata, pues, de una definición administrativa relacionada con el certificado de discapacidad (véase anexo I), ni tampoco de una autoclasificación en la que las personas sencillamente digan que sufren algún tipo de discapacidad. Que la definición de discapacidad se haga en términos de limitaciones para las actividades de la vida diaria tiene importantes ventajas sobre las definiciones administrativas y las autoclasificaciones (Malo, 2007). En las definiciones administrativas suelen estar más representados aquellos grupos que, gracias al reconocimiento administrativo de su grado de discapacidad, pueden acceder a las ayudas públicas y menos representados quienes no pueden acceder a esas ayudas.

Esta encuesta se realizó durante la pandemia COVID, por lo que se tuvo que modificar la forma de recoger información. En un primer momento el objetivo era realizar el primer cuestionario (el de hogar que sirve para identificar a las PCD) utilizando los canales CAWI, CATI y cuestionario en papel enviado por correo ordinario. Una vez identificadas las PCD la información del cuestionario individual se recogería mediante

[1] En 2023 se realizó una encuesta a cuyo destinada a dirigida a las personas de seis o más años que residen en centros de personas mayores, centros para personas con discapacidad, hospitales psiquiátricos y geriátricos de larga estancia y viviendas tuteladas.

[2] Aunque el concepto de PCD en esta encuesta no coincide con la definición administrativa de discapacidad ni con el reconocimiento de una situación de dependencia, utilizadas en la Base Estatal de Personas con Discapacidad (BEPD), en la organización de los trabajos de campo se usó como guía la información proporcionada por la BEPD. Tras analizar los resultados de la encuesta piloto, se observó que las personas que en la BEPD tenían un certificado de discapacidad reconocido igual o superior al 75% y/o un grado de dependencia del tipo II o III, con alta probabilidad era una persona con discapacidad según el concepto de EDAD-2020.

entrevista CAPI (entrevista presencial con cuestionario electrónico). La irrupción de la pandemia durante los trabajos de campo obligó a una recogida CAPI y CATI también en la segunda fase (cuestionario individual). Este cambio de formato hizo necesario reducir la longitud del cuestionario de hogar (según indica la metodología de la encuesta con el fin de mantener la atención del informante y garantizar la calidad de la información), tanto en lo referente a las variables sociodemográficas como a las preguntas destinadas a identificar PCD y tipo de discapacidad.

La definición de discapacidad utilizada en la EDAD-2020 está basada en la Clasificación Internacional de Funcionamientos (CIF o, por sus siglas en inglés, ICF). El término funcionamiento se refiere a todas las funciones corporales, actividades y participación. La discapacidad está relacionada con problemas de funcionamiento en cada uno de esos niveles. De manera operativa, el cuestionario recoge problemas o limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria, de las cuales se considera una lista que, después, se utiliza para definir los diferentes tipos de discapacidad. En la encuesta se han considerado 41 discapacidades que se clasifican en 8 grupos: visión, audición, comunicación, aprendizaje, movilidad, autocuidado, vida doméstica (solo para personas mayores de 12 años) e interacciones y relaciones personales. Esta encuesta identifica la discapacidad en la población de 6 o más años porque, siguiendo los estándares internacionales, por debajo de esa edad se habla de limitaciones, no de discapacidad.

Además, esta encuesta permite identificar si la PCD recibe cuidados o no, y en caso afirmativo, quién es su cuidador principal (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Se entiende por cuidador principal la persona que asume la atención y el apoyo diario de la persona con discapacidad, así como la mayor responsabilidad en su cuidado.

Una vez que la PCD identifica a su cuidador principal se le realiza a este un cuestionario específico (ver

Tabla A.2,

Tabla A.3 y

Tabla A.3: Preguntas al cuidador principal que no reside en el hogar de la PCD

Características sociodemográficas	Sexo
	Edad
	Nivel máximo de estudios terminados
	Nacionalidad
	Relación con la actividad económica

Fuente: EDAD-2020.

Tabla A.4) que recoge la siguiente información:

a) Información sociodemográfica: sexo, edad, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios, relación con actividad económica.
b) Cuidados prestados: tiempo cuidando, tareas principales, días semanales, horas diarias, dificultades para realizar las tareas.
c) Implicaciones en la vida del cuidador: salud, vida profesional, ocio, tiempo libre o vida familiar.

3. Las personas con discapacidad en Asturias

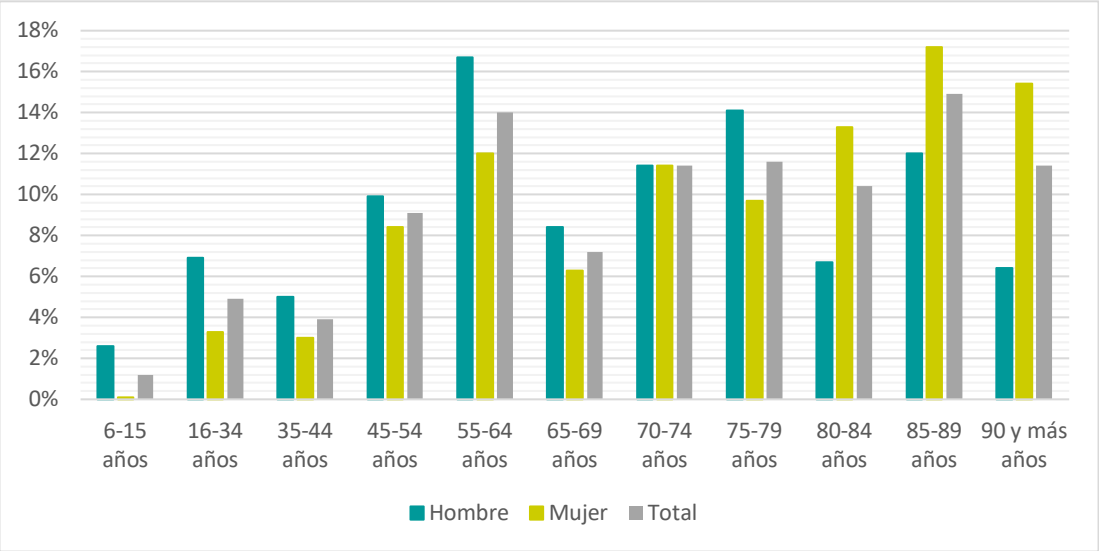
Aunque el objetivo de este documento es profundizar en las características de los cuidadores de PCD en Asturias, se considera necesario realizar antes una breve caracterización de las PCD en dicha región.

Según la EDAD-2020, el número de personas de 6 o más años con discapacidad en España en 2020 ascendía a 4,32 millones. De estos, 2,55 millones eran mujeres y 1,77 hombres. Esto se traduce en una tasa de prevalencia de la discapacidad (en 2020) del 9,7% (11,2% en el caso de las mujeres y 8,1% en el de los hombres)

Centrándonos en Asturias, esta base de datos identifica 105.617 personas con discapacidad, de las que 59.313 eran mujeres y 46.304 hombres. Lo que supone una mayor tasa de prevalencia que a nivel nacional, tanto para el total de la población (10,9%), como si diferenciamos por sexo (11,8 y 10%)

En el Gráfico 3.1 podemos ver la distribución por edad y sexo de las PCD en Asturias. Se observan diferencias reseñables en función del sexo. En el caso de los hombres, hasta los 69 años de edad presentan datos que superan a los de las mujeres observándose los mayores porcentajes en los últimos años de la etapa laboral, mientras que en el caso de las mujeres es a partir de los 80 años.

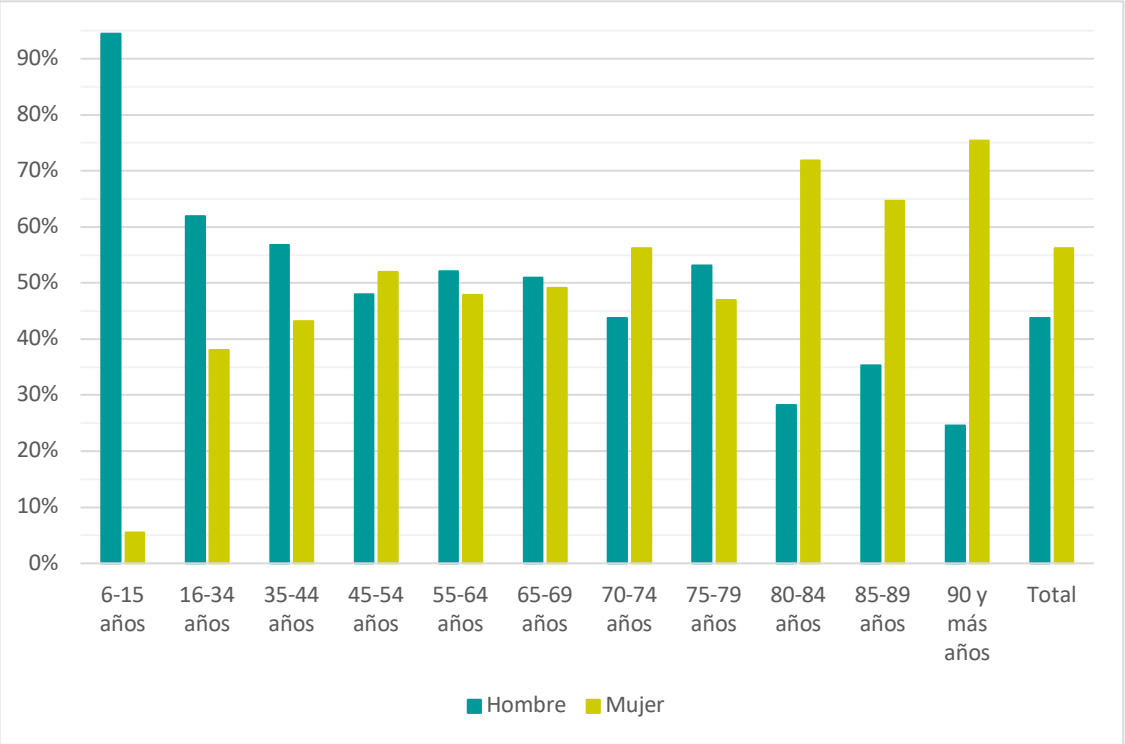
Gráfico 3.1: Distribución de las PCD en Asturias por edad y sexo (% sobre el total de PCD de cada sexo)



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Se debe tener en cuenta que lo que se muestra en el Gráfico 3.1 es la distribución de las PCD de cada uno de los sexos en función de grupos de edad. Si analizamos los datos desde otro punto de vista, la distribución en cada intervalo de edad de las PCD según sexo (Gráfico 3.2) observamos diferencias reseñables. Se aprecia cómo, en general, en las edades más tempranas de las PCD es mayor la presencia de hombres, sin embargo, en edades más elevadas es mayor la de mujeres.

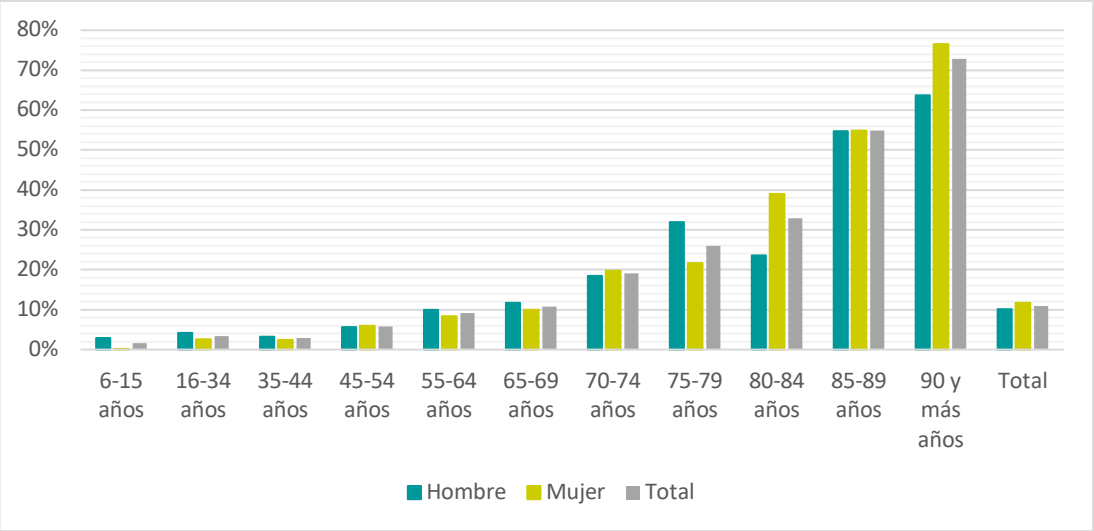
Gráfico 3.2: Distribución de las PCD en Asturias por edad y sexo (% sobre el total de PCD en cada grupo de edad)



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

No obstante, lo que nos da información más clara sobre el peso que tiene la discapacidad en función del sexo y de la edad es la tasa de prevalencia. En el Gráfico 3.3 se desagrega la tasa de prevalencia por sexo y por grupos de edad, apreciándose un incremento de esta con la edad, tanto para hombres como para mujeres. Este incremento es claro al sobrepasar los 55 y, más tarde, al superar los 70 años. Las mujeres presentan tasas de prevalencia más elevadas a edades más altas porque sobreviven con mayor frecuencia ante diferentes problemas de salud, pero con el desarrollo de alguna discapacidad. Además, tanto para mujeres como para hombres se van produciendo diferentes riesgos que dan lugar a discapacidad conforme pasan los años, por lo que las tasas de prevalencia de la discapacidad van aumentando con el tiempo para ambos sexos.

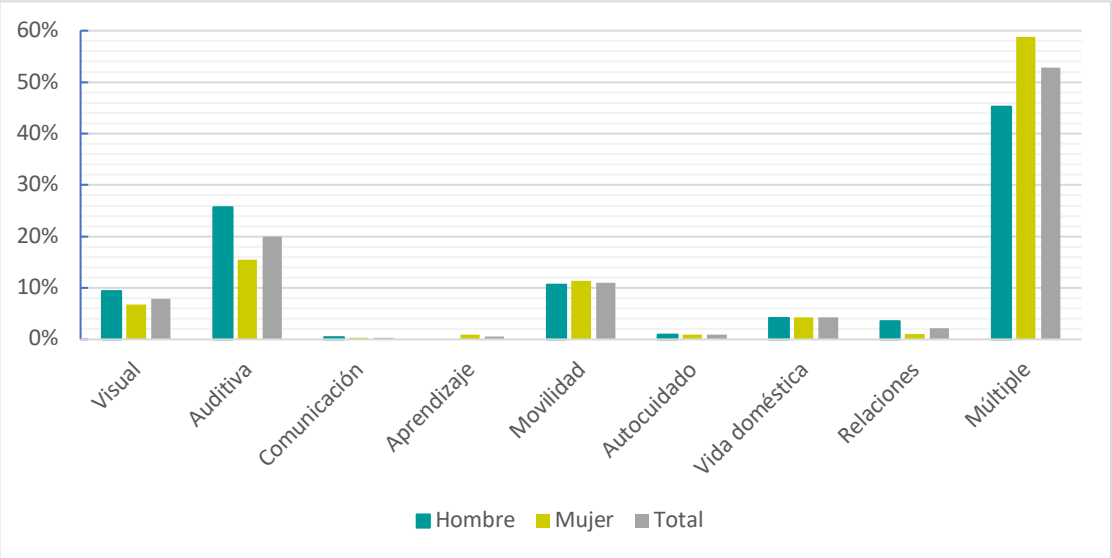
Gráfico 3.3 Tasa de prevalencia de la discapacidad en Asturias por edad y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Se debe tener en cuenta que, a pesar de asociar en muchas ocasiones a las personas con un único tipo de discapacidad, es habitual que se tenga más de una. De hecho, como muestra el Gráfico 3.4, más de la mitad de las personas con alguna discapacidad (el 52,9%) tiene más de una discapacidad. Atendiendo a las diferencias por sexo, en general, se aprecian pocas diferencias en cuanto a la importancia relativa de cada tipo de discapacidad. Pero no se pueden obviar algunas diferencias relevantes: para ellas, hay porcentajes más elevados en los casos de discapacidad múltiple (58,8%); mientras que para ellos los porcentajes son 10 puntos más elevados para las discapacidades auditivas (25,7%) y casi 3 en las visuales (9,4%).

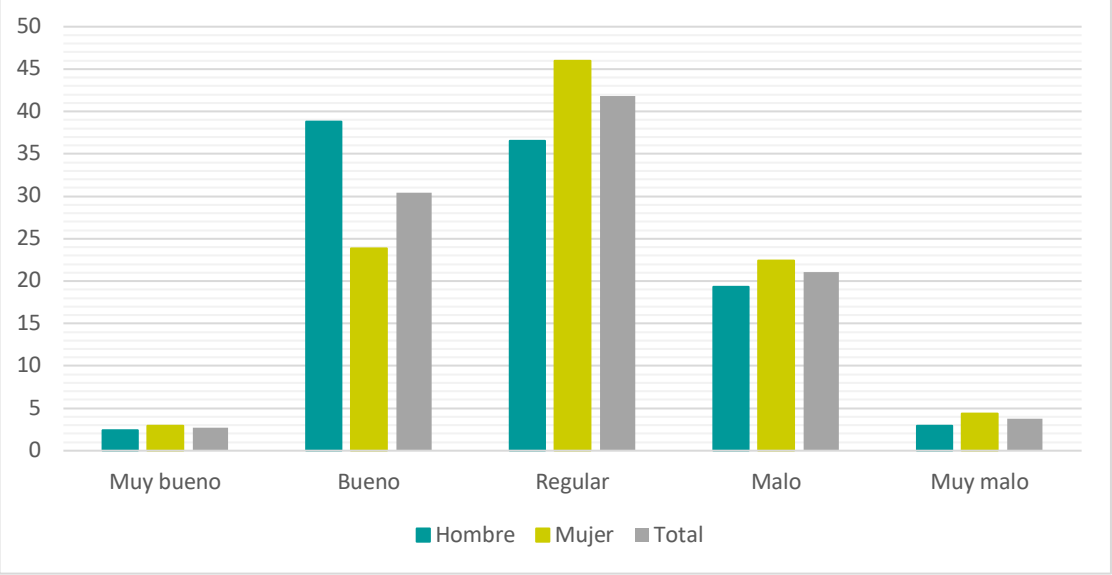
Gráfico 3.4: Distribución por tipo de discapacidad y sexo de las personas con discapacidad de 6 o más años en Asturias (% sobre el total de PCD)



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Respecto a la percepción sobre su propio estado de salud (Gráfico 3.5), se observa que más del 40% considera que su estado de salud es regular. Aunque es mayor el porcentaje de PCD que consideran que su estado de salud es muy malo que muy bueno, en general se observa que la autopercepción de su estado de salud es más positiva que negativa.

Gráfico 3.5: Distribución estado de salud de las personas con discapacidad de 6 o más años en Asturias (% sobre el total de PCD).



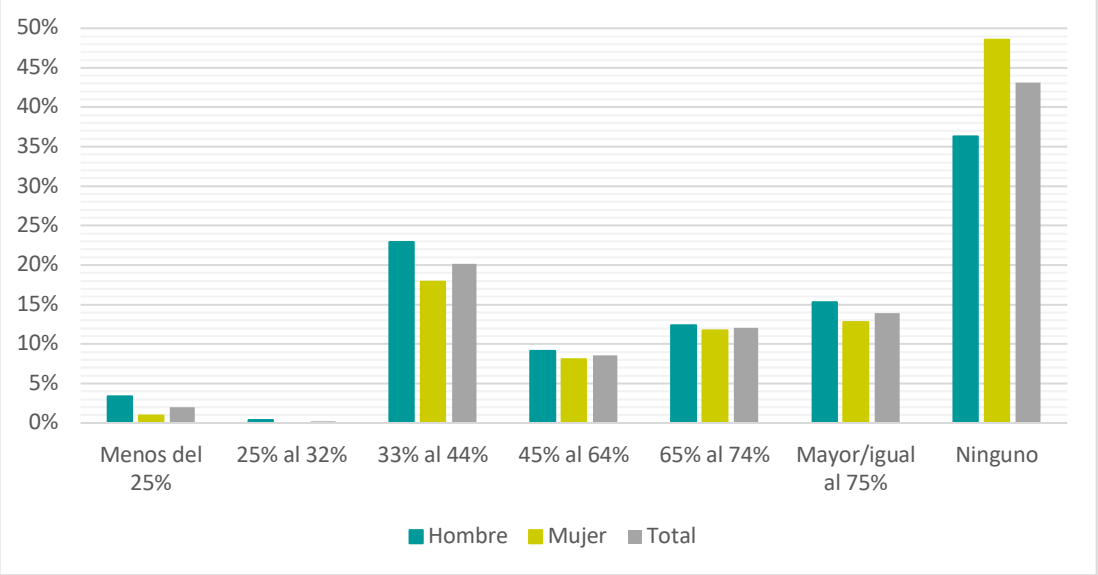
Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Aunque, tal y como se ha indicado anteriormente, la definición de PCD según esta encuesta es independiente de estar o no en posesión del certificado de discapacidad

correspondiente, resulta relevante conocer el porcentaje de encuestados que lo poseen (Gráfico 3.6). Esto es así porque tener reconocido al menos un 33% es la condición que, en la práctica, da acceso a las diferentes ayudas por discapacidad. Más de la mitad de las PCD tienen reconocida una discapacidad de al menos un 33% (algo más de 10 puntos superior al caso nacional). Se observan diferencias importantes por sexo, mientras que en el caso de las mujeres este porcentaje apenas llega al 50%, en el de los hombres supera el 60%.

El valor más reducido se da en el porcentaje entre el 25% y el 32% de discapacidad. Como se indica en el Anexo I, aunque el porcentaje que da el acceso a la condición de PCD desde el punto de vista administrativo es el 33%, a partir del 25% entraban en juego factores sociales que podían incrementar el grado de discapacidad reconocido en la valoración médica.

Gráfico 3.6: Distribución de la población de 6 o más años con alguna discapacidad en función del grado de discapacidad reconocido por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

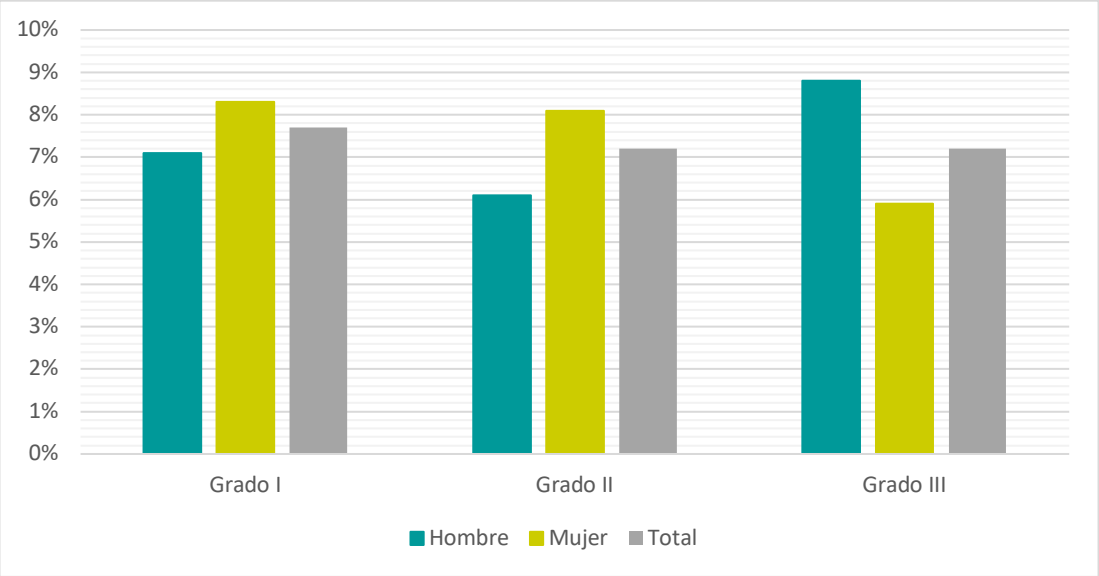
Otro aspecto que proporciona información sobre este colectivo es el reconocimiento de la situación de dependencia[3]. Si bien la relación entre dependencia y discapacidad es

[3] Para más información sobre la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPPAD) consultar el Anexo II.

muy elevada no son categorías equivalentes; pueden darse situaciones de discapacidad que no impliquen dependencia[4].

En el Gráfico 3.7 se observa que más del 77% de las PCD no tienen reconocido ningún grado de dependencia (valor en la línea del obtenido a nivel nacional). Así mismo, el porcentaje de hombres con discapacidad y un Grado III de dependencia reconocido es mayor que el de mujeres, al contrario de lo que ocurre con los grados menos severos.

Gráfico 3.7: Personas con discapacidad de 6 y más años en función del grado de dependencia reconocido por sexo

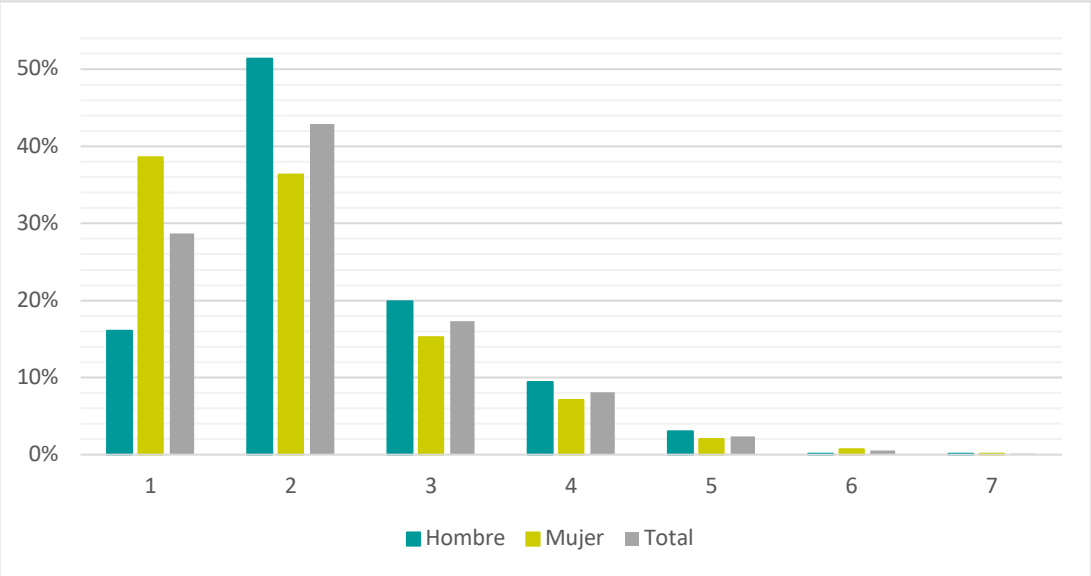


Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Por último, un aspecto que nos aproxima al objeto de este trabajo es conocer el tamaño de los hogares en los que residen las PCD asturianas (Gráfico 3.8). Más de la mitad de los hombres con discapacidad residen en hogares de 2 miembros, mientras que las mujeres con discapacidad viven en mayor medida solas, o en hogares de dos miembros.

[4] Aunque lo habitual es que las personas dependientes (a excepción de los niños, por cuestiones meramente de desarrollo evolutivo) lo sean por algún tipo de discapacidad (Jiménez, 2017).

Gráfico 3.8: Distribución de las PCD en Asturias por tamaño del hogar y sexo (% sobre el total de PCD de cada sexo)



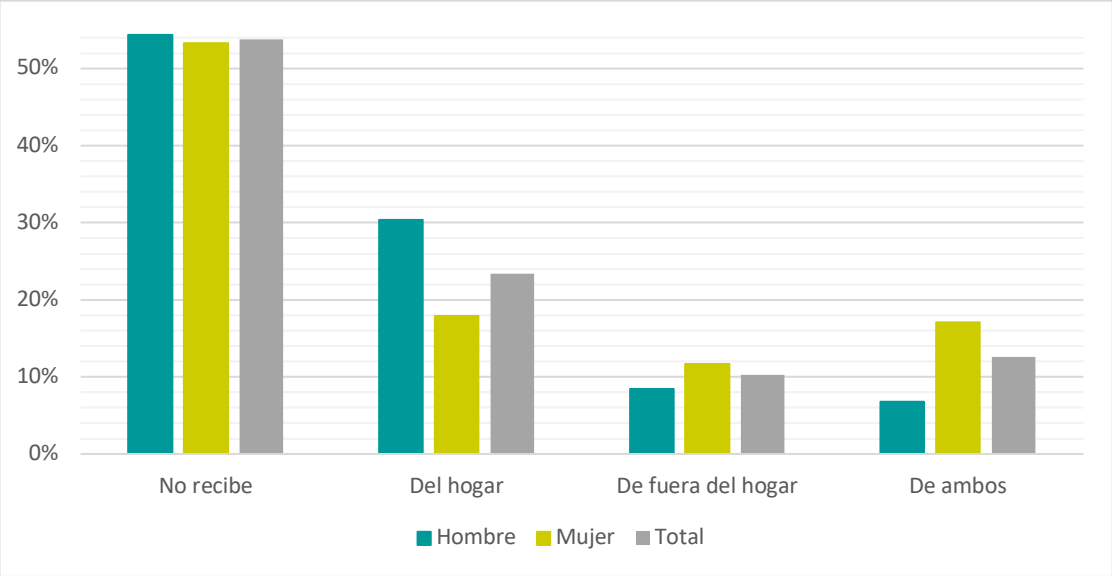
Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

a. Las personas con discapacidad y los cuidados

En el Gráfico 3.9 se recoge el porcentaje de personas con discapacidad que reciben asistencia o cuidados debidos a la discapacidad, según sean proporcionados por residentes o no residentes en el mismo hogar. Aunque en todos los casos más de la mitad de las PCD no reciben algún tipo de cuidado, se observa que el porcentaje de mujeres con discapacidad que reciben cuidados de un miembro del hogar es sensiblemente menor que el de los hombres (al contrario de lo que pasa en el caso de recibir cuidados de una persona de fuera del hogar[5], o de la combinación de ambos tipos de cuidados).

[5] Esto va en la línea de lo indicado en el Gráfico 3.8 dónde se observaba que porcentaje de mujeres con discapacidad que viven en hogares unipersonales es superior al de hombres.

Gráfico 3.9. Personas con discapacidad de 6 o más años que reciben asistencia o cuidados personales relacionados con su discapacidad según sean proporcionados por residentes o no residentes en el mismo hogar, por sexo



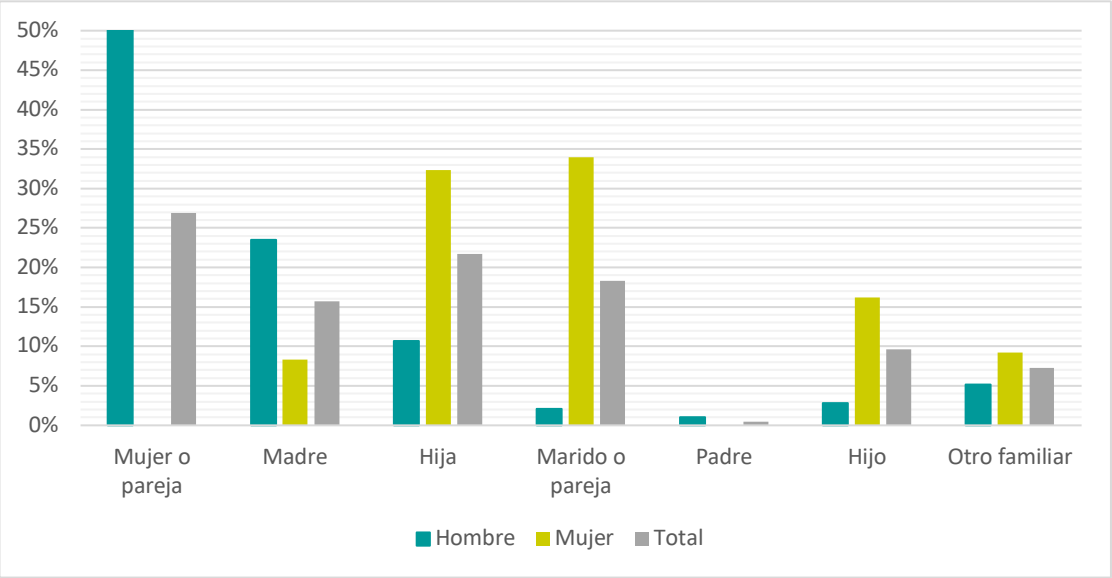
Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Esto puede estar asociado con las mayores redes sociales que suelen tener las mujeres incluso cuando viven solas (Malo y Pagán, 2019), y con el hecho de que las mujeres con alguna discapacidad tienen en promedio más edad y, por tanto, una mayor probabilidad de necesitar (y por ello acceder) a ayudas externas al hogar.

Si nos centramos en aquellos casos en los que el cuidador principal reside en el hogar (Gráfico 3.10), en el caso de los hombres con discapacidad las cuidadoras más frecuentes son su mujer o pareja, su madre, su hija u otro familiar. Sin embargo, en el caso de las mujeres con discapacidad son cuidadas en mayor medida por su marido o pareja, su hija, su hijo u otro familiar.

Por tanto, tendríamos que, mayoritariamente, los cuidados en los hogares con personas con discapacidad que conviven con otros los presta o bien la pareja de la persona con discapacidad (en especial, cuando esta es un hombre) o los hijos o hijas (sobre todo, cuando la persona con discapacidad es una mujer).

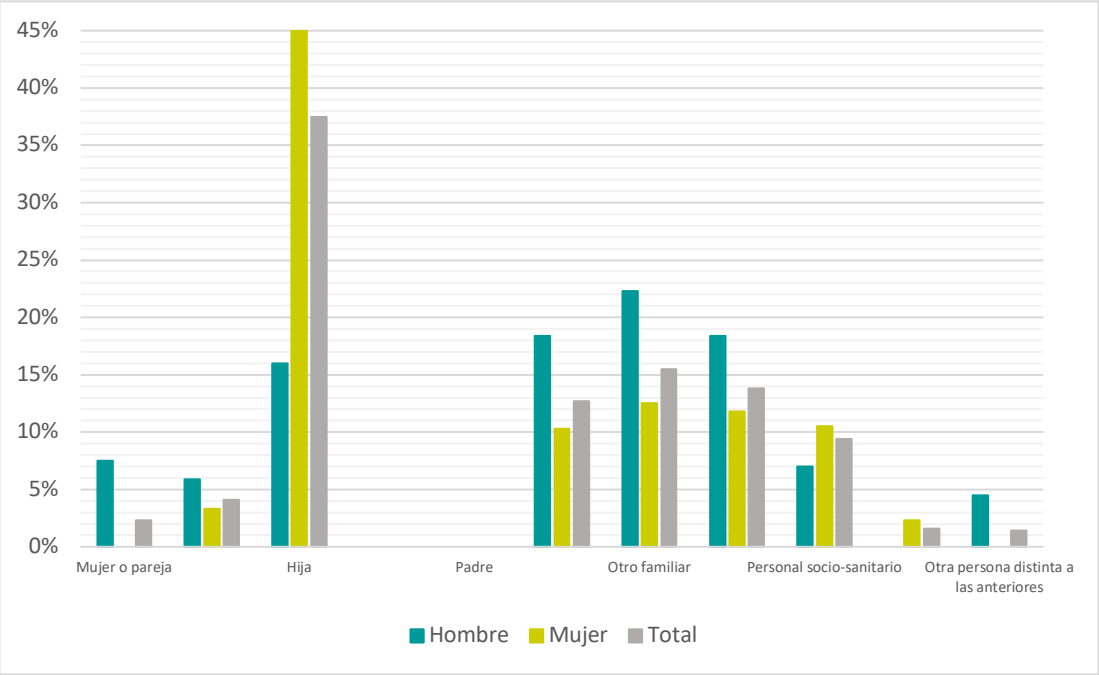
Gráfico 3.10: Cuidador principal, que reside en el mismo hogar, de personas con discapacidad (6 o más años) que reciben cuidados o asistencia, por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Si el cuidador principal no vive en el hogar, Gráfico 3.11, de nuevo se observan diferencias por sexo. En el caso de los hombres con discapacidad los cuidadores más frecuentes son otro familiar, seguido de la persona empleada en el hogar, su hijo y su hija. Mientras que en el de las mujeres es su hija, otro familiar, la persona empleada en el hogar y personal socio-sanitario.

Gráfico 3.11: Cuidador principal, que reside fuera del hogar, de personas con discapacidad (6 o más años) que reciben cuidados o asistencia, por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Así pues, independientemente de dónde resida la persona que presta cuidados a las personas con discapacidad, la familia parece la gran prestadora de cuidados. Esto se observa en el caso de aquellos cuyo cuidador principal no reside en el mismo hogar (hijas u otros familiares o hijos que, presumiblemente, acuden al hogar materno o paterno regularmente a prestar cuidados) y en el de quienes sí conviven con su cuidador (pareja o, de nuevo, de hijas o hijos -en especial, mujeres-).

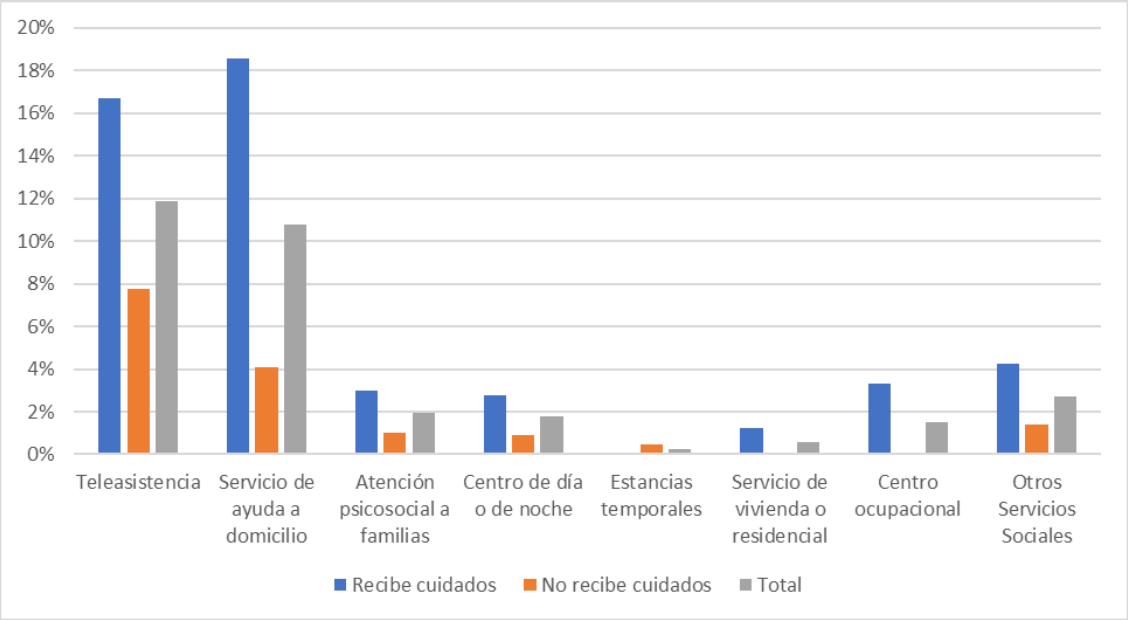
En definitiva, estos datos confirman que los cuidadores principales proceden en su gran mayoría de la familia, en concreto en un 91,4% son miembros de la red familiar (un valor superior en tres puntos al del conjunto de España). Además, más de tres cuartas partes de estos cuidadores viven en el mismo hogar que la PCD.

Respecto a los cuidadores que no viven en el mismo hogar que las PCD, su edad media es de 59,4 años (alcanzando el valor más alto, 78 años, cuando la cuidadora es la madre, y el más bajo, 27 años, cuando es una persona distinta a las indicadas). Así mismo, el 94% tiene nacionalidad española (valor que desciende al 48% en el caso de las personas empleadas en el hogar y toma el valor 0 en el de los asistentes personales). Respecto al nivel de estudios de estos cuidadores, una quinta parte tiene estudios a nivel de bachillerato, seguido de cerca del nivel de estudios de educación secundaria de primera

etapa. Las hijas presentan los mayores porcentajes en todos los niveles de estudios, a excepción del de enseñanzas profesionales superiores, donde el mayor porcentaje es el presentado por las madres que no viven en el hogar de las PCD, pero son las cuidadoras principales.

Por último, señalar que la existencia de un cuidador principal (independientemente de que pertenezca o no al entorno familiar) no es incompatible con el hecho de recibir ciertas prestaciones o servicios sociales. En el Gráfico 3.12 se puede observar que el porcentaje de PCD que reciben algún tipo de servicio social es superior entre los que también reciben cuidados en el hogar, siendo los más frecuentes la teleasistencia y el servicio de ayuda a domicilio.

Gráfico 3.12: Distribución de las PCD en Asturias en función de si reciben cuidados y algún tipo de servicio social (% de los que sí reciben estos servicios)



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

b. Los cuidados de las personas con discapacidad

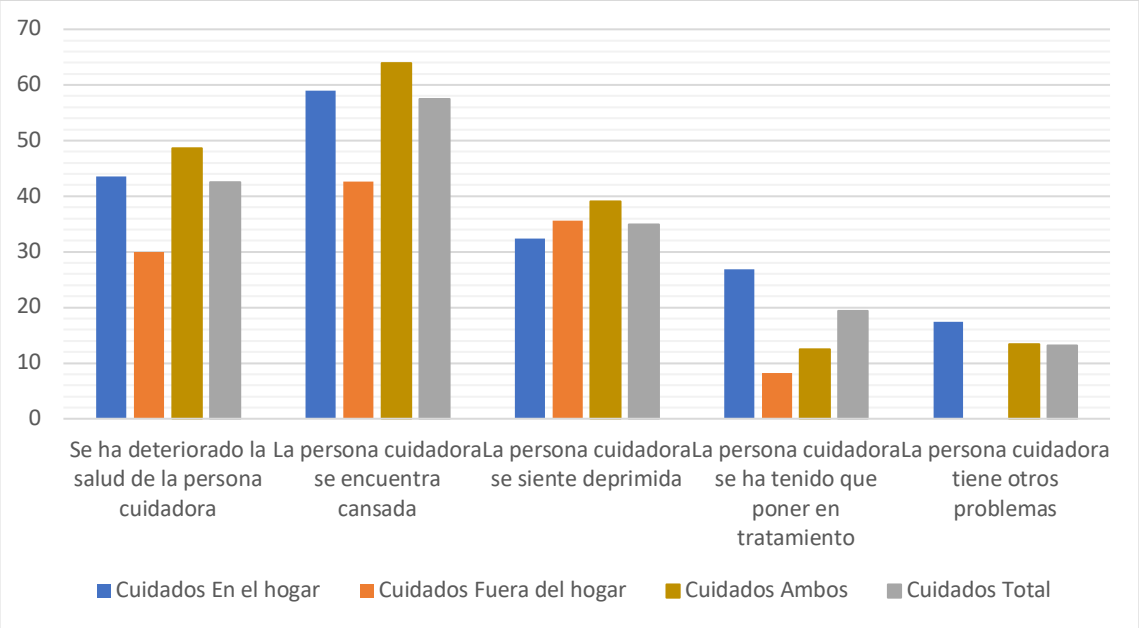
La calidad de vida de las personas con discapacidad está marcada no solo por su propia salud, sino también por la salud de quienes les cuidan[6]. Así, nos encontraos ante un círculo vicioso, el cuidado puede afectar a la salud de los cuidadores, y esto puede afectar a la salud de quienes reciben los cuidados. Por lo tanto, este apartado se centrará

[6] Una vez identificado el cuidador principal se les realiza un cuestionario específico.

en la situación de los cuidadores de las 48.825 PCD que han identificado un cuidador principal[7].

En el Gráfico 3.13 se observa que el porcentaje del total de cuidadores principales que dicen sufrir cada uno de determinados problemas de salud. Ante estos resultados deben tenerse en cuenta dos cosas: una misma persona puede responder afirmativamente a varios problemas de salud (y dado que el porcentaje está calculado sobre el total de cuidadores, su suma es superior a 100) y casi un 63% de los cuidadores no fueron preguntados por esta cuestión (y estos han sido excluidos del cálculo). El mayor problema es el del cansancio, que en total dicen sufrir el 57,5% de los cuidadores principales (dato ligeramente superior al obtenido a nivel nacional), le sigue el deterioro de su propia salud por el cuidado (42,6%) y sentimientos de depresión (34,9%, casi 5 puntos más que a nivel nacional).

Gráfico 3.13: Percepción de la propia salud de los cuidadores principales en función de si residen o no con la PCD que cuidan y si comparten o no la tarea de cuidados

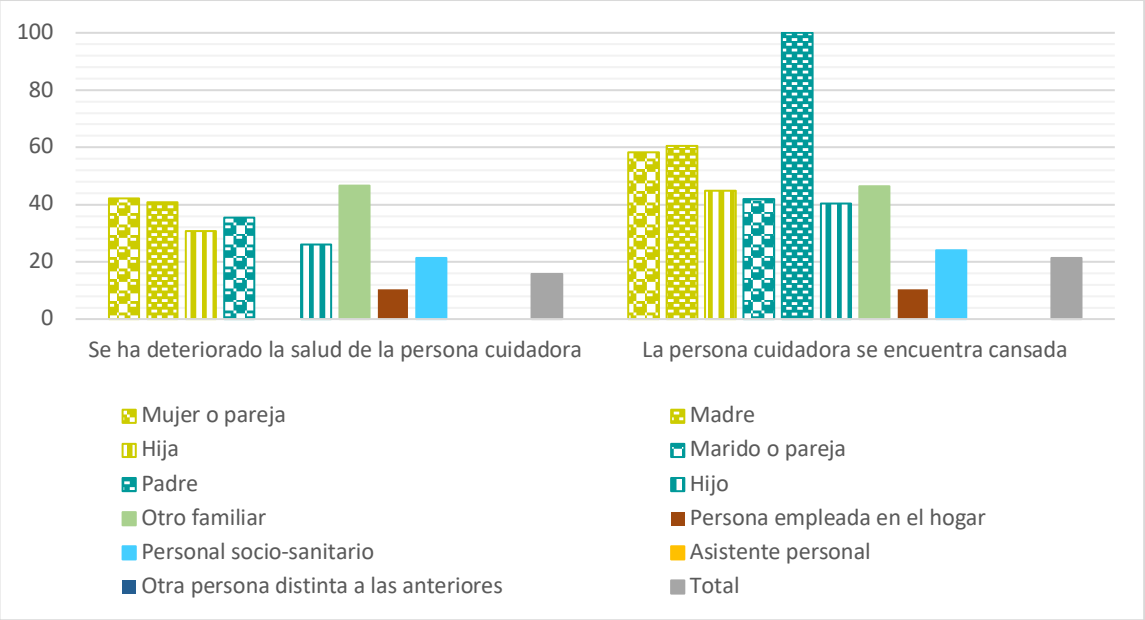


Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

En el Gráfico 3.14 se observa qué porcentaje de los cuidadores principales han contestado positivamente a la pregunta sobre si se ha deteriorado su salud o se encuentran cansadas.

[7] Se debe recordar que, tal y cómo se indicó anteriormente, el cuestionario varía según el cuidador principal viva o no con la PCD.

Gráfico 3.14: Percepción de la propia salud de los cuidadores principales en función del tipo de cuidador principal



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020

Se observa que, en más de la mitad de los casos, los cuidados se extienden más allá de 8 horas diarias (lo equivalente a una jornada de trabajo estándar). Y que los porcentajes más altos se dan entre los progenitores, las madres y las personas empleadas en el hogar (aunque ninguna de estas últimas vive en el mismo domicilio que la PCD). En este sentido, también resulta relevante la intensidad de los cuidados. Una forma de aproximarnos a la misma es el número de horas al día que se dedican a los cuidados. En el Cuadro 3.1 se presentan las horas diarias (en intervalos) destinadas a los cuidados por los cuidadores principales[8].

Cuadro 3.1: Distribución del nº de horas dedicadas a los cuidados, en función del tipo de cuidador principal (%)

	Ninguna	Entre 1 y 2	Entre 3 y 5	Entre 6 y 8	Entre 9 y 12	Entre 13 y 16	Entre 17 y 22	23 o 24 horas
Mujer o pareja	2,7	9,6	33,6	2,6	7,9	2,8	4,3	36,5
Madre	4,4	4,2	14,1	5,7	15,6	12,4	5,7	37,8
Hija	0,0	18,1	20,0	12,3	16,7	6,0	4,1	22,8
Marido o pareja	4,7	11,9	32,7	5,8	4,4	10,5	6,1	24,0
Padre	-	-	-	-	100	-	-	-

[8] Esta encuesta pregunta tanto a las PCD las horas de cuidados que reciben, como a los cuidadores principales las horas de cuidados que proporcionan. En este caso, el cuadro hace referencia a esta última pregunta.

Hijo	-	9,8	-	44,4	-	15,6	10,9	19,4
Otro familiar	-	32,1	7,3	13,0	0,9	-	9,1	37,7
Persona empleada en el hogar	-	-	-	-	-	-	100	-
Personal socio-sanitario	-	-	56,2	-	-	-	-	43,8
Asistente personal	-	-	-	-	-	-	100	-
Otra persona distinta a las anteriores	-	-	100	-	-	-	-	-
Total	1,8	13,1	21,8	10,9	9,6	6,8	7,3	28,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Los problemas experimentados por los cuidadores pueden estar relacionados con el tiempo que se lleva prestando cuidados. Por ello, el Cuadro 3.2 muestra el tiempo que el cuidador principal lleva prestando cuidados a la PCD. Se observa que la mayoría de los cuidadores llevan prestando cuidados 8 y más años (alcanzándose los valores más altos en el caso de los progenitores).

Cuadro 3.2: Distribución de la duración de los cuidados, en función del tipo de cuidador principal (%)

	Menos de 1 año	**Entre 1 y 2 años**	**Entre 2 y 4 años**	**Entre 4 y 8 años**	**8 y más años**
Mujer o pareja	-	6,8	21,9	16,4	54,9
Madre	-	-	-	13,1	86,9
Hija	4,6	9,9	19,9	26,3	39,3
Marido o pareja	-	6,1	9,5	34,8	49,6
Padre	-	-	-	-	100
Hijo	-	7,5	13	20,3	59,1
Otro familiar	14,9	4,5	12,5	18,7	49,3
Persona empleada en el hogar	52	-	-	48	-
Personal socio-sanitario	-	-	56,2	-	43,8
Asistente personal	100	-	-	-	-
Otra persona distinta a las anteriores	100	-	-	-	-
Total	4,4	6,1	15,4	21,4	52,60

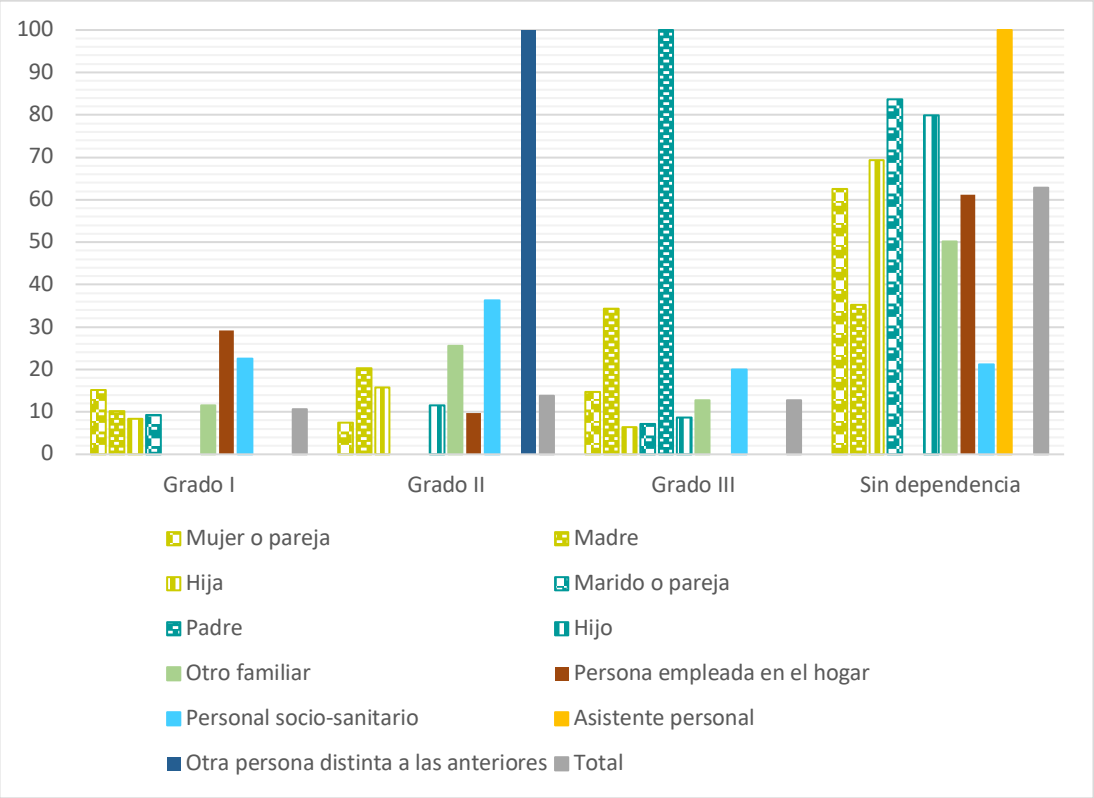
Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

En el caso de los padres, todos llevan cuidando 8 y más años y dedican al cuidado 12 horas al día (esto va en línea de lo observado den el Gráfico 3.14, en la que el 100% afirmaba encontrarse cansado, aunque no indicaban un deterioro de su salud).

Otro aspecto que puede resultar relevante a la hora de explicar la intensidad de los cuidados es la relación entre estos y el grado de dependencia de la persona que los

recibe. En este caso, para aproximar el nivel de dependencia nos fijaremos si tienen el reconocimiento legal de dependencia, y de ser así en qué grado. En el Gráfico 3.15 se puede observar cómo se distribuyen los distintos grados de dependencia en función de cada tipo de cuidador. Nuevamente, podemos observar cómo los padres cuidadores se relacionan con las formas más intensas de cuidados (lo que puede arrojar algo de luz sobre lo observado en el Gráfico 3.14, sobre el sentimiento de cansancio).

Gráfico 3.15: Distribución del grado de dependencia en función del tipo de cuidador principal



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

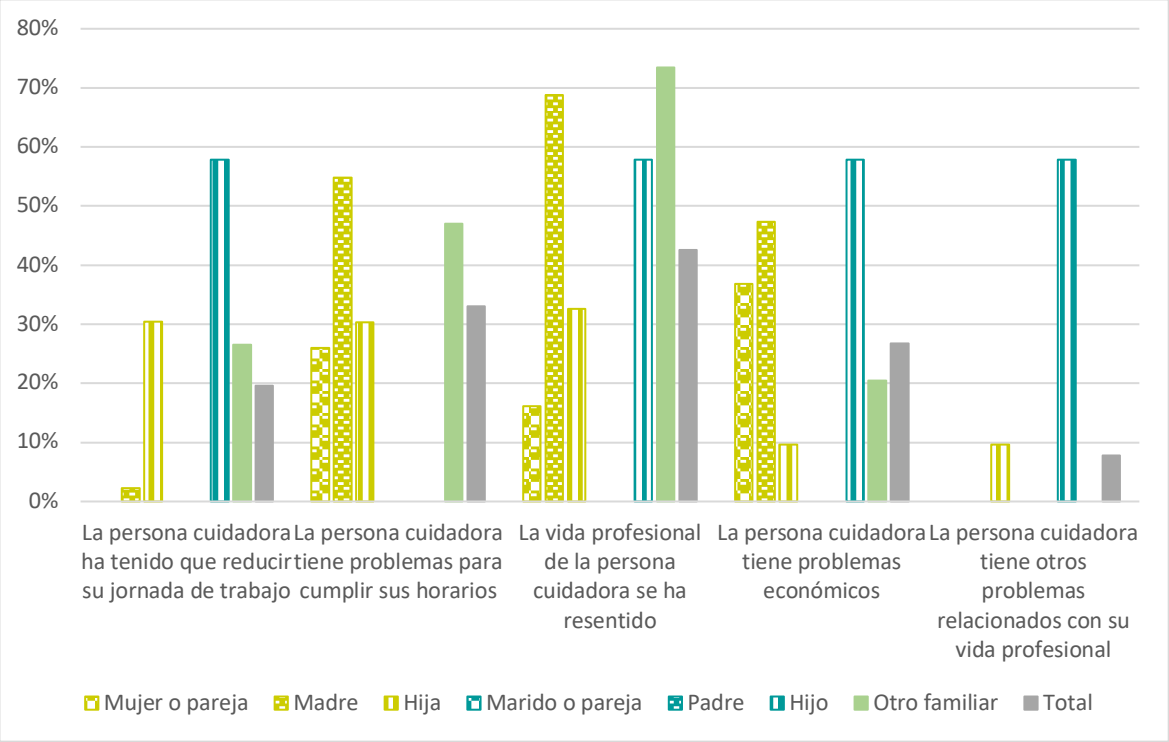
i. Percepciones de los cuidadores respecto a distintos aspectos de su vida

El cuidado exige un esfuerzo y una cantidad de tiempo que puede llegar a dificultar la participación en el mercado de trabajo. Así, tan solo el 30,3% de los cuidadores principales trabaja (menos que a nivel nacional), mientras que el resto se divide entre un 33% que no trabaja y un 34,1% que está jubilado, prejubilado o incapacitado para trabajar. Las mujeres cuidadoras (entendidas como tal las parejas, madres o hijas de las PCD) presentan valores más altos tanto de ocupadas como de no ocupadas (pero no jubiladas o similar). Por el contrario, en el caso de los hombres cuidadores (entendidos

como parejas, padres o hijos) más de la mitad están en situación de jubilación, prejubilación o incapacidad para trabajar.

Para el subgrupo de cuidadores principales que residen en el mismo hogar que la PCD que cuidan (y que no está empleado en el hogar) es posible saber si tienen problemas profesionales por el desempeño de estos cuidados. En el Gráfico 3.16 se observa que lo más habitual es que su vida profesional se haya resentido, seguido de la dificultad para cumplir los horarios de trabajo (en el caso de las mujeres cuidadoras) y haber tenido que reducir el horario de trabajo.

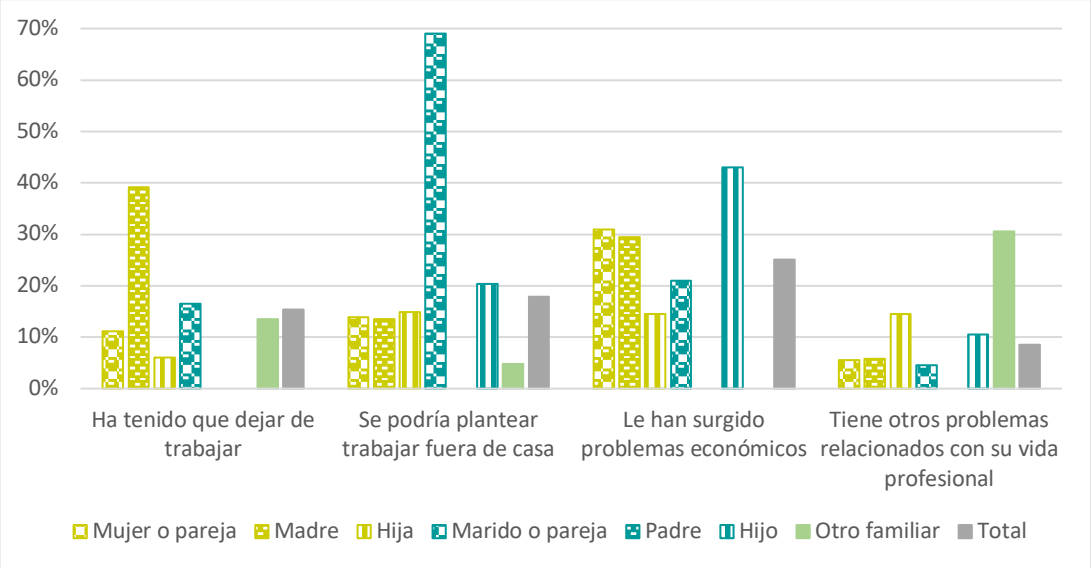
Gráfico 3.16: Efectos en la vida laboral de los cuidadores principales (que residen en el mismo hogar que la PCD) en función del tipo de cuidador principal



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Respecto a los que no están trabajando, en el Gráfico 3.17 vemos que esto está relacionado con el surgimiento de problemas económicos. El porcentaje de cuidadores que han tenido que dejar de trabajar es superior entre las mujeres.

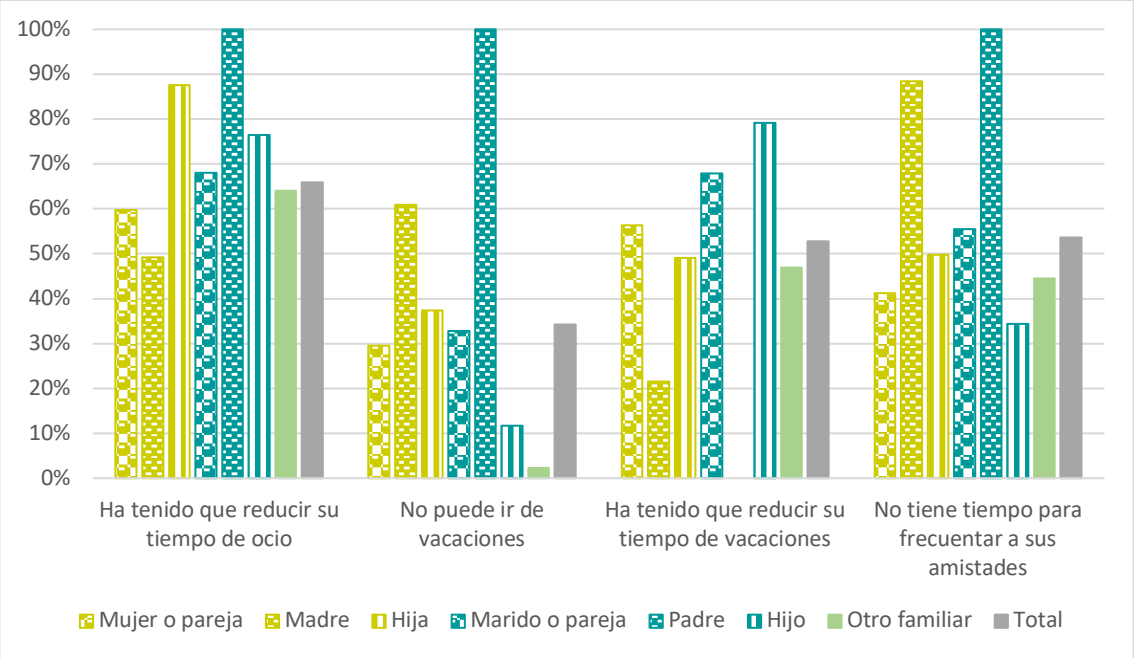
Gráfico 3.17: Cuidadores principales (que residen en el mismo hogar que la PCD) y consecuencias de la falta de ocupación en función del tipo de cuidador principal



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Pero los cuidados no impactan únicamente en la esfera del trabajo, sino que también lo hacen en otros ámbitos de la vida de las personas cuidadoras. En el Gráfico 3.18 observamos los efectos del cuidado en la reducción de las interacciones sociales de los cuidadores. Excepto en el caso de la imposibilidad de ir de vacaciones, todas las opciones superan el 50% de las respuestas afirmativas.

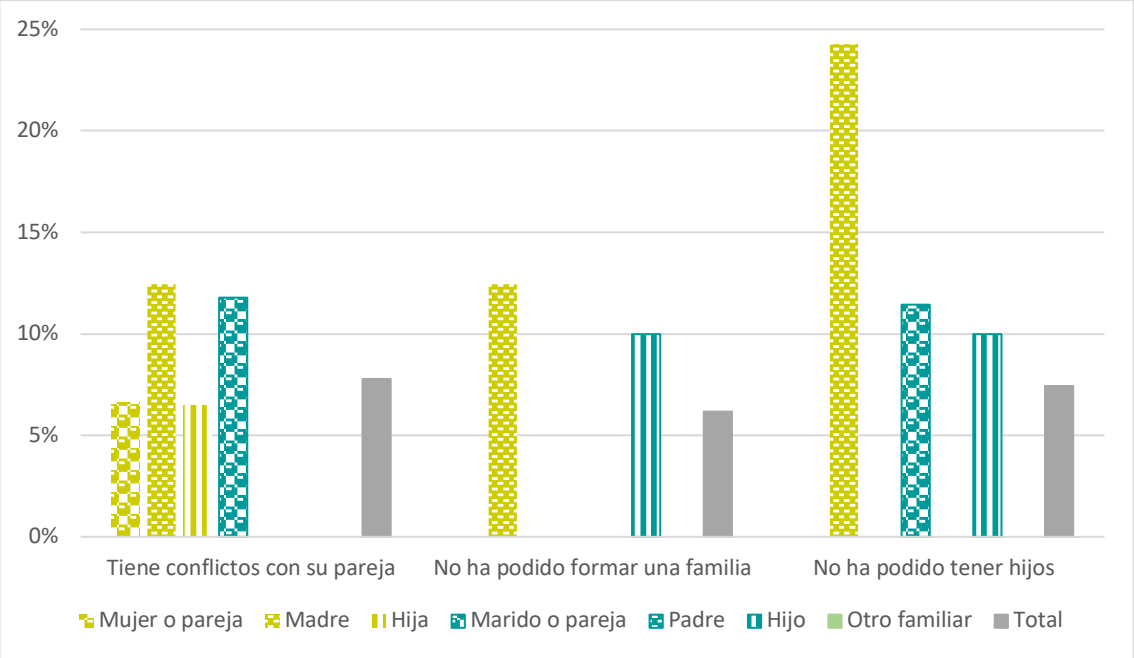
Gráfico 3.18: Efectos en el ocio de los cuidadores principales (que residen en el mismo hogar que la PCD) en función del tipo de cuidador principal



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Respecto a los efectos en las relaciones de pareja, o en la formación de una familia (Gráfico 3.19) se observan valores sensiblemente inferiores a los indicados en el anterior gráfico. En este caso, menos del 10% de los encuestados indican haber tenido problemas a nivel de pareja o de formación de una familia.

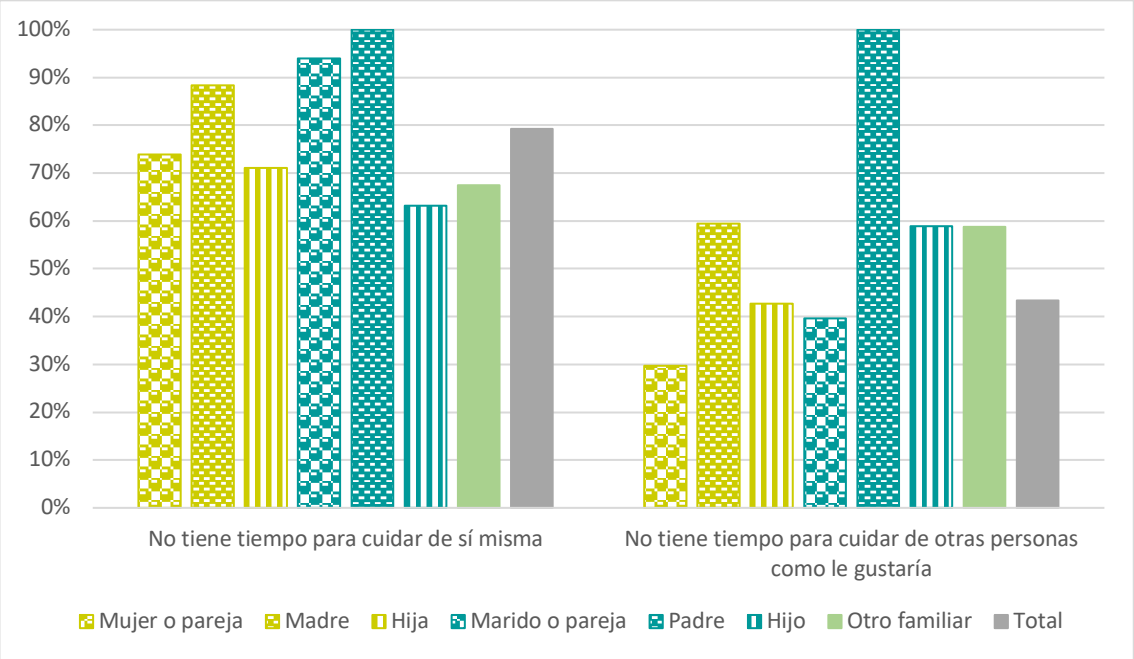
Gráfico 3.19: Efectos en las relaciones afectivas de los cuidadores principales (que residen en el mismo hogar que la PCD) en función del tipo de cuidador principal



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

El papel de cuidadores de estas personas no nos puede hacer olvidar que pueden tener interés en cuidar de otras personas, o de si mismas. En el Gráfico 3.20 se observa que, aunque menos del 40% refiere limitaciones a la hora de cuidar a otras personas, casi el 80% indica que no tiene tiempo de cuidar de sí mismo.

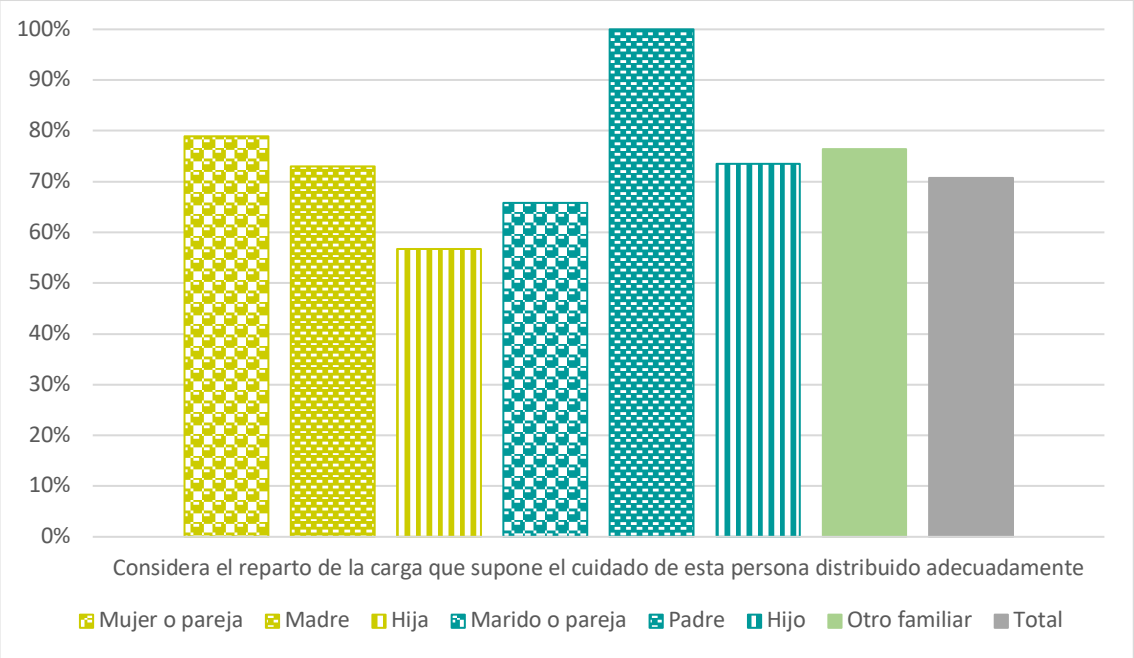
Gráfico 3.20: Falta de tiempo para otros cuidados (incluyendo el autocuidado) de los cuidadores principales (que residen en el mismo hogar que la PCD) en función del tipo de cuidador principal



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

Por último, Gráfico 3.21, más del 70% de los cuidadores principales considera que el reparto de la carga del cuidado es adecuado. Aunque en todos los casos nos encontramos valores que superan el 50%, son las hijas las que, en mayor porcentaje, encuentran que estos cuidados no están distribuidos correctamente, frente a los padres que en todos los casos consideran que si lo están.

Gráfico 3.21: Valoración del reparto de cuidados en función del tipo de cuidador principal (cuidadores principales que residen en el mismo hogar que la PCD)



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD-2020.

4. Conclusiones

En este documento se presentan las principales características de las PCD, prestando especial atención a las personas cuidadoras, a partir de la información proporcionada por la EDAD-2020.

La tasa de prevalencia de la discapacidad en Asturias es del 10,9% (siendo superior en el caso de las mujeres, 11,8%, que en el de los hombres, 10%). Aunque en todos los casos se incrementa con la edad, en general, en las edades más tempranas de las PCD es mayor la presencia de hombres, sin embargo, en edades más elevadas es mayor la de mujeres. Más de la mitad de los hombres con discapacidad residen en hogares de 2 miembros, mientras que las mujeres con discapacidad viven en mayor medida solas, o en hogares de dos miembros. Además, más de la mitad de las PCD en Asturias tiene más de una discapacidad.

Estar en posesión del certificado de discapacidad es la puerta de acceso a diferentes servicios y ayudas asociadas a la discapacidad. Aunque en Asturias el porcentaje de PCD en posesión de este certificado es superior al caso nacional, este no alcanza el 60% (y en el caso de las mujeres con discapacidad supera muy ligeramente el 50%). En el caso del reconocimiento administrativo de la situación de dependencia los resultados van en la línea de los obtenidos a nivel nacional, algo menos de 1 de cada 5 personas tiene reconocido algún grado de dependencia. Es decir, un porcentaje relevante de las PCD en Asturias no están bajo el paraguas de las dos grandes certificaciones administrativas que son la base de distintas medidas de apoyo.

Más de la mitad de las PCD en Asturias no reciben ningún tipo de cuidado. Entre los que sí lo reciben, e independientemente de dónde resida la persona que presta cuidados a la PCD, la familia parece la gran prestadora de cuidados Los cuidados en los hogares no unipersonales con PCD los presta o bien la pareja de la persona con discapacidad (en especial, cuando esta es un hombre) o los hijos o hijas (sobre todo, cuando la persona con discapacidad es una mujer). En este sentido, se observa que el porcentaje de mujeres con discapacidad que reciben cuidados de un miembro del hogar es sensiblemente menor que el de los hombres. Si el cuidador principal no vive en el hogar (independientemente de que la PCD viva en un hogar unipersonal o no) también se observan diferencias por sexo. En el caso de los hombres con discapacidad los cuidadores más frecuentes son otro familiar, seguido de la persona empleada en el hogar,

su hijo y su hija. Mientras que en el de las mujeres es su hija, otro familiar, la persona empleada en el hogar y personal socio-sanitario.

Respecto a los cuidadores que no viven en el mismo hogar que las PCD, su edad media es de 59,4 años y, mayoritariamente tienen nacionalidad española. Respecto al nivel de estudios de estos cuidadores más de la mitad tienen estudios a nivel de bachillerato o inferior.

La calidad de vida de las personas con discapacidad está marcada no solo por su propia salud, sino también por la salud de quienes les cuidan. Más de la mitad de los cuidadores llevan cuidando a la PCD 8 o más años, y esto tiene efectos en su salud y calidad de vida. El problema más habitual indicado (entre todos los cuidadores, no solo los que llevan 8 o más años cuidando) es el del cansancio, el deterioro de su propia salud por el cuidado y los sentimientos de depresión.

El cuidado exige una cantidad de tiempo y un nivel de esfuerzo que puede llegar a dificultar la participación en el mercado de trabajo. Así, poco más de 1 de cada 4 cuidadores está trabajando, siendo, en mayor medida, las mujeres cuidadoras las que han tenido que abandonar su puesto de trabajo. Además, los cuidadores que están trabajando y residen en el mismo hogar que la PCD a la que cuidan indican que su vida profesional se ha resentido, que tienen dificultad para cumplir su horario de trabajo o que incluso han tenido que reducirlo. Entre los que no están trabajando, 1 de cada 4 hacen referencia al surgimiento de problemas económicos.

Pero los cuidados no impactan únicamente en la esfera del trabajo, sino que también lo hacen en otros ámbitos de la vida de las personas cuidadoras. Más de la mitad de las personas cuidadores han visto reducidas sus interacciones sociales y casi el 80% indica que no tiene tiempo de cuidar de sí mismo. Y, aunque en menor medida, también indican haber tenido problemas a nivel de pareja o de formación de una familia (aunque en este caso nos referimos a menos de 1 de cada 10 cuidadores).

A pesar de los efectos que los cuidados tienen en distintas esferas de su vida, casi 3 de cada 4 cuidadores principales considera que el reparto de la carga del cuidado es adecuado. Observándose los valores más bajos en el caso de las hijas (2 de cada 4) y los más altos en el de los padres (4 de cada 4).

Para finalizar este capítulo de conclusiones, y partiendo de las dimensiones del cuidado identificadas por Thomas (2011), se presentan los principales resultados en cada una de ellas (Tabla 4.1).

Tabla 4.1: Principales características (según la EDAD-2020) de las dimensiones del cuidado identificadas por Thomas (2011)

Identidad social de la persona cuidadora. Características sociales en función de los roles familiares (madre, hija…) u ocupacionales, profesionales o sectoriales	Las cuidadoras principales son, en mayor medida las mujeres o parejas de la PCD, seguidas de sus hijas, marido o pareja o hijos. Más de un tercio están jubilados, prejubilados o incapacitados para trabajar. Un tercio no trabaja y menos de un tercio sí lo hace.
Identidad social de la persona cuidada. Pertenencias sociales en función de variables como la edad o, como suele ser habitual, por la situación de dependencia (discapacidad, enfermedades crónicas…)	La tasa de prevalencia de la discapacidad en Asturias es del 10,9% (mujeres 11,8% y hombres 10%). Y más del 50% de las PCD tienen más de una discapacidad. El 56,2% de las PCD en Asturias son mujeres La discapacidad se incrementa con la edad. Aunque en las edades más tempranas de las PCD es mayor la presencia de hombres, en edades más elevadas es mayor la de mujeres. Su edad media es de 70,1 años (73,7 años en el caso de las mujeres y 65,6 años en el de los hombres) Más de la mitad de los hombres con discapacidad residen en hogares de 2 miembros, mientras que las mujeres con discapacidad viven en mayor medida solas, o en hogares de dos miembros. Un tercio de las PCD refiere tener un estado de salud bueno o muy bueno, y un 24, 8% malo o muy malo. Casi el 55% está en posesión del certificado de discapacidad (porcentaje superior en el caso de los hombres con discapacidad), y el 22,1% tiene reconocido algún grado de dependencia.
Relaciones interpersonales entre la persona cuidadora y la receptora de cuidados. Se define según los lazos o vínculos familiares, amistad, vecindad… O lo que ella llama "relación de cuidados contingente" que es la que se produce con desconocidos, normalmente, que prestan el servicio de cuidados.	En todos los casos en los que el cuidador principal vive en el hogar de la PCD, la relación entre ambos es familiar. Principalmente, y en este orden mujeres o parejas de la PCD, seguidas de sus hijas, marido o pareja e hijos. Cuando el cuidador principal no reside en el mismo hogar que la PCD, el peso de la familia se reduce, pero no desaparece, pues sigue suponiendo el 72% de los cuidadores. En este caso el cuidado se provee principalmente por sus hijas, otros familiares, hijos o madres. Cuando no existe esa relación familiar, el cuidador principal suele ser una persona empleada en el hogar o personal socio-sanitario.
La naturaleza de los cuidados.	La mayoría de las personas están cuidadas por su familia, así que son más entendidos como un "estado afectivo" en vez de "estado de actividad". Relaciones afectivas.

Los cuidados entendidos como un "estado de actividad" o como un "estado afectivo".	
El dominio social en el cual se localiza la relación de cuidados. Se refiere a la distinción clásica entre el dominio público (cuidado formal) y el dominio privado o doméstico (cuidado informal).	Menos del 12% de las PCD reciben algún tipo de prestación social (siendo las más habituales la teleasistencia y el servicio de ayuda a domicilio). Este porcentaje es superior entre las PCD que reciben cuidados, pero en ningún caso alcanza el 20%.
El carácter económico de la relación de cuidados. Si se trata de trabajo asalariado o no.	Solo un 4,3% de los cuidadores principales tienen una relación laboral con la PCD (o con su familia). Empleados del hogar, porque en el caso del personal socio-sanitario no se puede saber su relación contractual. Más de un tercio de las PCD con un cuidador principal tienen reconocido alguno de los tres grados de dependencia, por lo que es posible (aunque no podemos saberlo a ciencia cierta) que reciban la prestación por cuidados en el hogar.
El marco institucional en el cual se prestan los cuidados. Localización física en que se prestan/reciben los cuidados.	Dado que la encuesta está dirigida a hogares, la totalidad de las PCD reciben cuidados en el hogar. Respecto a los cuidadores principales, casi el 70% reside en el mismo hogar que la PCD a la que cuidan.

Fuente: Elaboración propia

Bibliografía

Abellán García, Antonio; Ayala García, Alba; Pérez Díaz, Julio y Pujol Rodríguez, Rogelio (2018). *Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores Estadísticos Básicos*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Disponible en: http://hdl.handle.net/10261/164389

Benería, Lourdes (2023). «El largo camino hacia la economía del cuidado». *Mientras Tanto*, 225.

Carrasco, Cristina (1997). «Mujeres, trabajos y políticas sociales en España». *DUODA Revista d'Estudis Feministes,* 13: 85-104.

Carrasco, Cristina (2013). «El cuidad o como eje vertebrador de una nueva economía». *Cuadernos de Relaciones Laborales,* 1: 39-56.

Carrasco, Cristina; Borderías, Cristina y Torns, Teresa (2011). El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (eds). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

CES (2020). *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Informe 03/2020. Disponible en https://ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf/f01ebb9a-c9a2-e62a-ad6b-61a39a844fe4

Durán, Mª Ángeles (2000). «Concentración y reparto del trabajo no remunerado en los hogares». *Cuadernos de relaciones laborales*, 17: 91-122.

Durán, Mª Ángeles (2018). *La riqueza invisible del cuidado* (Vol. 30). Valencia: Universitat de València.

Durán, Mª Ángeles (2021). El cuidado y sus políticas. En Durán, M.A. (coord.). *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados*. EMAKUNDE.

Esping-Andersen, Gosta (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Alfons el Magnanim.

Esteban, Mari Luz (2017). «Los cuidados, una concepción central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la Antropología». *Quaderns-e*, 22 (2): 32-48.

Ezquerra, Sandra (2011). «Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real». *Investigaciones feministas,* 2: 175-194.

Ferrera, Maurizio (1995). Los Estados de Bienestar del Sur en la Europa Social. En Sarasa, S. y Moreno, L. (comp.). *El Estado de Bienestar en la Europa del Sur*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

FOESSA (2019). *VIII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España*. Cáritas Española.

Fraser, Nancy (2015). *Fortunas del feminismo*. Madrid: Traficantes de sueños.

García Gómez, Pilar; Jiménez-Martín, Sergi; Oliva, Juan y Vilaplana Prieto, Cristina (2011). «Cuidados no profesionales y atención a la dependencia: los cuidados informales». *Papeles de Economía Española,* 129: 83-97.

García-Mochón, Leticia; Peña-Longobardo, Luz María; Del Río-Lozano, María; Oliva-Moreno, Juan; Larrañaga-Padilla, Isabel y García-Calvente, María del Mar (2019). «Determinants of Burden and Satisfaction in Informal Caregivers: Two Sides of the Same Coin? The CUIDAR-SE Study». *International Journal Environmental Research and Public Health*, 16. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/16/22/4378

García-Sainz, Cristina (2021). Conflictos de intereses en la organización social de los cuidados. En Durán, M.A. (coord.). *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados*. EMAKUNDE

Gutiérrez, Rodolfo; López-Rodríguez, Fermín y Tejero, Aroa (2024): *La dedicación a los cuidados informales de personas dependientes: Asturias en perspectiva regional.* Documento CRIBS 2/2024.

Hernes, Helga (1990). *El poder de las mujeres y el Estado de Bienestar*. Vindicación Feminista.

IMSERSO (2005). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en https://imserso.es/documents/20123/0/cuidadosppmmhogares.pdf/fb4091e6-c788-e420-fc37-b3d7421a7e71

Jiménez, Antonio (2017). «La atención a la dependencia: situación actual y perspectivas». *Panorama Social*, 26: 25-39.

Larrañaga, Isabel; Martín, Unai; Bacigalupe, Amaia; Begiristáin, Jose María; Valderrama, María José y Arregi, Begoña (2008). «Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género». *Gaceta Sanitaria*, 22(5): 443-450.

Legarreta Iza, Matxalén (2017). «Notas sobre la crisis de cuidados: distribución social, moralización del tiempo y reciprocidad del tiempo donado en el ámbito doméstico-familiar». *Arbor, ciencia, pensamiento y cultura,* 193(784). Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2017.784n2004

Lewis, Jane (1994). «Género y estudio de los sistemas de asistencia». *Arenal,* 1(1): 49-68.

Lewis, Jane y Daly, Mary (2011). El concepto de Social Care y el análisis de los Estados de Bienestar Contemporáneos. En Carrasco, C., Borderías, C. y Torns. (coords.). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Catarata.

Malo, Miguel Ángel y Pagán, Ricardo (2019). *Soledad, discapacidad y mercado de trabajo*. Estudios de la Fundación. Serie Economía y Sociedad. Madrid: FUNCAS.

Martín Palomo, María Teresa (2021). Cuidados, vulnerabilidad e interdependencias. Retos para una nueva época. En Durán, M.A. (coord.). *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados*. EMAKUNDE.

Masanet, Erika y Laparra, Daniel (2011). «Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras». *Revista Española de Salud Pública 85*(3): 257-266.

Moreno, Luís (2001). «La "vía media" española en el modelo de bienestar mediterráneo». *Papers,* 63: 67-82.

Moreno, Luís (2018). «El entorno europeo y global de los sistemas de bienestar». *Documentación Social,* 180: 29-41.

Moreno, Luís y Mari-Klose, Pau (2024). Bienestar mediterráneo: trayectorias y retos de un régimen en transición. En Del Pino, E. y Rubio Lara, M. J. (dir.). *Los estados de bienestar en la encrucijada*. Tecnos.

Muñoz González, Oscar y Pitxer, Josep (2022). «Condiciones laborales de las cuidadoras remuneradas en el ámbito doméstico. Estudio cualitativo en el área

metropolitana de València tras la Gran Recesión». *Sociología del Trabajo*, 101: 269-284.

Pateman, Carol (2018). *El desorden de las mujeres. Democracia, feminismo y teoría política*. Buenos Aires: Prometeo.

Pérez Orozco, Amaia (2006). «Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico». *Revista de Economía Crítica,* 5: 7-37.

Pérez Orozco, Amaia (2010). *Cadenas globales de cuidado. ¿Qué derechos para un régimen global de cuidados justo?* Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0481.pdf (recuperado el 12 de mayo de 2025).

Rodríguez Cabrero, Gregorio (2004). *El Estado del bienestar en España: debates, desarrollo y retos*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Rodríguez Cabrero, Gregorio (2016). «La gran depresión y su impacto en las políticas sociales». *Revista Española del Tercer Sector*, 33: 17-46.

Rodríguez Cabrero, Gregorio y Montserrat Codorniú, Julia (2002). *Modelo de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Rodríguez Cabrero, Gregorio y Marbán Gallego, Vicente (coords.) (2022). *Informe de Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Salvador-Piedrafita, María; Malmusi Davide y Borrell, Carme (2017). «Time trends in health inequalities due to carein the context of the Spanish Dependency Law». *Gaceta Sanitaria, 31*(1): 11-17. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.006

Sala Mozos, Elisa (2009). *La calidad de vida de las cuidadoras informales: bases para un sistema de valoración*. Fundació Pere Tarrés. Disponible en: Seguridad Social: Fondo de Investigación de la Protección Social

SEPE (2024). *El empleo en España en el sector de los cuidados de larga duración*. Disponible en https://sepe.es/dctm/informes:09019af4802612c1/RElTRVdFQg==/4359-2.pdf

Thomas, Carol (2011). Deconstruyendo los conceptos de cuidados. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (eds.). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

Tronto, Joan (2020). *¿Riesgo o Cuidado?* Fundación Medifé. Disponible en https://www.fundacionmedife.com.ar/sites/default/files/Edita/Horizontes-Del-Cuidado/Riesgo-o-cuidado.pdf

Anexos

Anexo I: El certificado de discapacidad

Conviene conocer que en diferentes estadísticas españolas se utiliza una definición de discapacidad que podemos denominar "administrativa", pues está basada en tener un certificado de discapacidad con un grado de discapacidad reconocido de al menos el 33% (o estar en una situación asimilada a la misma). Es una definición útil como aproximación y porque se trata de un reconocimiento administrativo que permite el acceso a diferentes tipos de ayudas. A la vez, hay que señalar que para obtener las ayudas públicas del sistema de protección de la dependencia no es imprescindible contar con el certificado de discapacidad.

Aunque en la actualidad está vigente el Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (que busca acercarse más al modelo biopsicosocial de la CIF), en el momento de realización de la encuesta estaba vigente el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

La norma de 2022 establece que para la emisión del Certificado de Discapacidad es necesaria la toma en consideración de forma conjunta tanto de las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presente la persona, como, en su caso, los factores contextuales/barreras ambientales.

La norma de 1999 (la vigente en el momento de realización de la encuesta) recogía la posibilidad de tener en cuenta factores sociales complementarios (familiares, económicos, laborales, culturales y del entorno), pero no desde el inicio, sino en una segunda etapa.

Si en la valoración "médica" la persona obtenía un grado de discapacidad igual o superior al 25% se valoraban los factores sociales (que podían suponer hasta un máximo de 15 puntos). A partir de la suma de ambos factores ("médicos y sociales") se obtenía el grado final de discapacidad.

Por eso es relevante el corte que hace la EDAD en la variable Grado de Discapacidad al diferenciar porcentajes de más o menos del 25%.

Aunque de forma coloquial nos refiramos a tener Certificado de Discapacidad cuando este es de al menos el 33%, esto no es correcto. El certificado es de cualquier porcentaje (de 0 a 100) y para ser considerado PCD a efectos administrativos es necesario estar en posesión del Certificado de Discapacidad y que este sea al menos del 33%.

Anexo II: La Ley de Dependencia

Una de las respuestas más importantes a la crisis de los cuidados fue la promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPPAD) por la que se crea el Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD). La norma delimita el concepto de dependencia al "estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal" (art.2.2). El texto recoge una serie de servicios orientados a la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía personal, entre ellos la ayuda a domicilio para atender en el propio hogar de las personas dependientes mediante tareas domésticas y de cuidados. Estas necesidades se concretan en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) referidas, más concretamente, al cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (art.2.3).

Asimismo, en su artículo 18 establece, como recurso excepcional, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales siempre que se den las condiciones de convivencia y habitabilidad de la vivienda y lo recoja su plan de intervención (PIA). Se consideran cuidados no profesionales los que ofrecen familiares u otras personas del entorno de la persona dependiente que no están relacionadas con un servicio profesional a diferencia de los cuidados profesionales que prestan instituciones, el tercer sector o el mercado independientemente de que se reciban dichos cuidados dentro o fuera del hogar.

La LAPPAD al priorizar la oferta de servicios de cuidados frente a las prestaciones dirigidas a los cuidadores familiares (cuidadoras, de hecho), pretendía, entre otras cosas, contribuir a reducir la sobrecarga de las mujeres cuidadoras en los hogares. Sin embargo,

como ya se comentó, lo que se está produciendo por razones ya apuntadas es el refuerzo del modelo familista y, por tanto, del modelo de género tradicional. Así, las deficiencias en el desarrollo del SAAD las están supliendo las mujeres autóctonas o inmigrantes mediante el cuidado informal. Ello no obsta para que cada vez haya más varones cuidadores y que se incorporen progresivamente a las tareas de cuidados (FOESSA, 2019).

Anexo III: Cuestionario a cuidadores

Tabla A.1: Preguntas a las PCD sobre los cuidadores

¿Recibe cuidados o asistencia de una persona de su hogar?	De mi pareja
	De mi padre/madre
	De mis hijos/as
	De otros familiares
	De una persona empleada en el hogar
	De otras personas que residen en el hogar
¿Recibe cuidados o asistencia de una persona que no reside en su hogar?	De mi pareja
	De mi padre/madre
	De mis hijos/as
	De otros familiares
	De una persona empleada en el hogar
	De un profesional sociosanitario
	De un asistente personal
	De otras personas que no residen en el hogar
Número de horas diarias totales que recibe ayuda	
Número de horas diarias totales que recibe ayuda de miembros del hogar	
Número de horas diarias totales que recibe ayuda de profesionales	
Número de horas diarias totales que recibe ayuda de otras personas	
¿Considera que la ayuda que recibe satisface sus necesidades?	Escala muy satisfecho-muy insatisfecho
¿Quién le presta apoyos o le cuida principalmente?	Mi mujer o pareja
	Mi marido o pareja
	Mi madre
	Mi padre
	Mi hija
	Mi hijo
	Otro familiar
	Persona empleada en el hogar
	Personal sociosanitario
	Asistente personal
	Otra persona distinta de las anteriores
¿El cuidador principal reside en el hogar?	
¿Tiene otro cuidador principal?	
¿Considera que necesita asistencia o cuidados personales debido a su discapacidad?	

Fuente: EDAD-2020.

Tabla A.2: Preguntas al cuidador principal que reside en el hogar de la PCD (excepto empleados domésticos)

Problemas en la vida profesional	Ha tenido que reducir su jornada de trabajo
	Tiene problemas para cumplir sus horarios
	Su vida profesional se ha resentido
	Tiene problemas económicos
	Tiene otros problemas relacionados con su vida profesional
	Ha tenido que dejar de trabajar
	Se podría plantear trabajar fuera de casa
	Le han surgido problemas económicos
	Tiene otros problemas relacionados con su vida profesional
Problemas en el ocio, tiempo libre o vida familiar	Ha tenido que reducir su tiempo de ocio
	No puede ir de vacaciones
	Ha tenido que reducir su tiempo de vacaciones
	No tiene tiempo para frecuentar sus amistades
	No tiene tiempo para cuidar de sí misma
	No tiene tiempo para cuidar de otras personas como le gustaría
	Tiene conflictos con su pareja
	No ha podido formar una familia
	No ha podido tener hijos
	Tiene otro tipo de problemas en el aspecto de ocio
Considera que el reparto de la carga que supone el cuidado está distribuido adecuadamente	

Fuente: EDAD-2020.

Tabla A.3: Preguntas al cuidador principal que no reside en el hogar de la PCD

Características sociodemográficas	Sexo
	Edad
	Nivel máximo de estudios terminados
	Nacionalidad
	Relación con la actividad económica

Fuente: EDAD-2020.

Tabla A.4: Preguntas a todos los cuidadores principales

Tiempo que lleva prestando cuidados o ayuda a esta persona	
Tarea a la que se dedica principalmente cuando presta cuidados personales	Comer, beber, alimentarse
	Vestirse/desvestirse, abrocharse los zapatos
	Asearse/arreglarse
	Ir al servicio, cambiar pañales, etc.
	Cambiar de postura, mover o mantener el cuerpo en una determinada postura
	Andar o desplazarse por la casa
	Salir a la calle, subir o bajar escaleras, pasear
	Tomar medicación, acudir a consultas médicas
	Hacer la compra, preparar comidas, etc.
	Llevar a cabo otras tareas domésticas
	Utilizar el teléfono, ordenador, Tablet, redes sociales
	Otras tareas
Días de la semana que, por término medio, dedica parte de su tiempo a ayudar o prestar cuidados a esta persona	
Número de horas al día que dedica a prestar los cuidados personales	
Dificultades para prestar la ayuda o cuidados	Dificultades por faltarle fuera física
	Dudas sobre la mejor manera de hacerlo
	La persona no le ayuda o se resiste cuando le ayuda
	Necesitaría más formación especializada de la que tiene
	Otras dificultades
Problemas de salud	Se ha deteriorado su salud
	Se encuentra cansada
	Se siente deprimida
	Se ha tenido que poner en tratamiento
	Otros problemas

Fuente: EDAD-2020.