13

INFORME ESPAÑA 2006

una interpretación
de su realidad social

CECS

Fundación Encuentro

© Fundación Encuentro

Edita: **Fundación Encuentro**
Oquendo, 23
28006 Madrid
Tel. 91 562 44 58 - Fax 91 562 74 69
correo@fund-encuentro.org
www.fund-encuentro.org

ISBN: 84-89019-33-9
ISSN: 1137-6228
Depósito Legal: M-20405-2006

Fotocomposición e Impresión: Albadalejo, S.L.
Antonio Alonso Martín, s/n - Nave 10
28860 Paracuellos del Jarama (Madrid)

Capítulo V
MAYORES Y FAMILIA EN LA SOCIEDAD ACTUAL 261

I. Tesis Interpretativas 263
1. Cambios demográficos y sociales que afectan a la estructura y relaciones familiares 263
2. La fortaleza de los vínculos familiares 266
3. Los poderes públicos deben actuar 269

II. Red de los Fenómenos 271
1. Formas de convivencia de los mayores 272
1.1 Tipos de hogares 274
1.2 La soledad en la vejez. Los solitarios 279
1.3 Nido vacío. Vida en pareja 284
1.4 Vivir con los hijos. Hogares multigeneracionales 285
1.5 Vivir con otros 290
1.6 Mayores en instituciones 291
2. Relaciones familiares. Una familia, varios techos 293
2.1 Proximidad 294
2.2 Frecuencia de los contactos 296
2.3 Los cuidados, una forma de relación y transferencia intergeneracional 300
2.4 La carga del cuidado 312
3. El papel de los poderes públicos en el mantenimiento del apoyo familiar. Propuestas de actuación 316
3.1 El futuro incierto del apoyo informal 316
3.2 Intervenciones centradas en los individuos y en la sociedad: prevenir, promover y colaborar 320
3.3 Intervenciones centradas en los hogares y las familias: desarrollar una red sólida de servicios comunitarios y a la familia 324
3.4 La protección de la dependencia: del ámbito privado al de la responsabilidad social 328
4. Conclusiones 330

Capítulo V

MAYORES Y FAMILIA EN LA SOCIEDAD ACTUAL

I. TESIS INTERPRETATIVAS

1. Cambios demográficos y sociales que afectan a la estructura y relaciones familiares

Las personas mayores están participando en la revolución silenciosa que se está produciendo en la demografía familiar. El envejecimiento, por el incremento de la longevidad y la caída de la fecundidad, es uno de los cambios demográficos más importantes del siglo XX. Sus consecuencias más inmediatas se traducen en: un mayor conflicto entre los grupos de edad por el reparto de recursos; un aumento (paradójicamente) del potencial de solidaridad entre generaciones adultas dentro de la familia y, posiblemente, entre los grupos de edad en la sociedad; y nuevas formas familiares y de convivencia.

En términos de estructura familiar, los individuos envejecen en la actualidad de forma muy diferente a como lo hacían sus ancestros, tanto en lo que atañe a las formas de convivencia –respecto a las cuales han protagonizado una verdadera emancipación– como a la coexistencia intergeneracional, a las relaciones familiares consecuentes y a su papel dentro de la familia.

El declive de la mortalidad redimensiona las estructuras y las relaciones familiares. La mayor esperanza de vida puede fortalecer las redes de apoyo por una mayor supervivencia de todos los miembros de la familia, pero también añadir más carga por un posible mayor tiempo en situación de dependencia. Éste es el precio pagado: confiar en otros para hacer lo que antes podían hacer solos. La dependencia avanza en paralelo a la edad. Cuanto más crezca la población de mayores dependientes, también lo hará la población de cuidadores, que normalmente son miembros de la familia. En este sentido, el cuidado debe ser visto como una respuesta a los cambios demográficos históricos y a los problemas planteados por el gran número de mayores que llegan a edades avanzadas.

La fecundidad es el otro factor clave que incide en la provisión de cuidados familiares. El número de hijos determina el tamaño familiar a lo largo de la vida y a edades avanzadas. Las cohortes actuales de mayores pueden tener aún hermanos, cuñados e hijos, pero en el futuro esa circunstancia será menos frecuente, pues aumentarán las familias con un solo hijo o con ninguno.

La estructura por edad ha cambiado desde la forma de pirámide a la de pilar. La estructura de edad de las familias se ha modificado igualmente. Se ha producido un estiramiento, con más generaciones vivas, pero me-

nos miembros en cada generación. Hay más generaciones viviendo a la vez y disminuye el número de las generaciones colaterales. Es decir, se ha producido un proceso de *verticalización de la estructura familiar*.

Al coexistir más generaciones de la misma familia, es posible que se establezcan más relaciones "verticales" que antes. Por ejemplo, en una familia de cuatro generaciones hay tres lazos padres-hijos, dos abuelos-nietos y/o uno bisabuelo-biznieto. Y acabarán desempeñando tareas de más responsabilidad en las transferencias desde abajo hacia arriba o viceversa en esta escala vertical familiar. Estas transferencias pueden ser de espacio (convivencia), de tiempo (cuidados) o de dinero. En España, la verticalización familiar se ha suavizado algo por el retraso notable en la edad media de llegada del primer hijo y, por lo tanto, también en la entrada en el desempeño de papeles intergeneracionales.

Respecto al número de generaciones, la estructura familiar más frecuente es la de tres generaciones vivas al mismo tiempo (59,2% de las personas con 50 y más años). Este predominio de las familias de tres generaciones es significativamente superior al que se registra en el conjunto de Europa (53,8%). En el intervalo 50-59 años, el 48,7% de los españoles tiene tres generaciones vivas, el 30,9% tiene dos, el 13% cuatro y el 7,4% sólo una, es decir, son personas sin familia vertical. A partir los 80 años aumenta el porcentaje de familias con cuatro generaciones y, sobre todo, el de una sola generación (22,2%), cifra que avisa de que el apoyo familiar intergeneracional ha podido desaparecer.

El descenso de la mortalidad implica también una mayor disponibilidad de parientes. Los miembros de una familia pasarán más tiempo en papeles familiares intergeneracionales, ya que ha aumentado considerablemente el número de años en los que conviven padres, hijos y abuelos. A principios del siglo XX, padres e hijos podían vivir de 20 a 30 años juntos a la vez, y abuelos y nietos en torno a 10; actualmente, los padres e hijos pueden convivir unos 50 años y los abuelos y nietos más de 20.

La longevidad produce que un adulto viva más años en el papel de hijo de un padre de edad que como padre de su propio hijo hasta que cumple los 18 años. Y en muchos casos, este papel de hijo implica la responsabilidad de atender a padres no autónomos. Si ponemos la frase en femenino, es posible que la mujer, tradicional proveedora de cuidados dentro de la familia, invierta tantos años cuidando a sus padres, con frecuencia dependientes, como a sus hijos mientras no son autónomos para las actividades de la vida cotidiana.

Los nuevos procesos demográficos dotan de más sentido al término reciprocidad familiar. Ahora se invierte más tiempo en papeles familiares intergeneracionales, y eso es algo diferente para hombres y mujeres, pues éstas viven más. La longevidad también ofrece a los mayores la oportuni-

dad de conocer a sus hijos, y sobre todo a sus nietos, a lo largo de más etapas en el curso de su vida: infancia, adolescencia y edad adulta.

Una mayor longevidad significa también que padres y abuelos dan continuidad y estabilidad a la familia durante más tiempo; mantienen una red latente que puede ser activada para proveer apoyo y bienestar a las generaciones más jóvenes[1]. En el futuro, cuando se produzca previsiblemente una mayor tasa de divorcios y de rupturas de parejas con hijos, los abuelos verán incrementado su papel de referencia en la conexión familiar. Ahora bien, tantos años de vida compartida entre generaciones pueden producir asimismo consecuencias negativas cuando algún familiar dependiente necesite cuidados o surjan conflictos.

Así, los factores demográficos (longevidad, tiempo compartido entre generaciones, supervivencia, cuidados o conflictos) avalan la idea de que la vida familiar seguirá siendo muy importante para los mayores en el futuro.

El cambio social que más puede afectar a la familia y a su potencial de apoyo es la participación de la mujer en el mercado laboral. La participación femenina en el mercado laboral estaba antes ligada en buena medida a la situación familiar; desde la década de los años noventa, los comportamientos de las mujeres se alejan de los de sus predecesoras. La mujer participa más en el mercado de trabajo (y se espera que continúe la progresión en los próximos años), debido a su mayor nivel educativo (superior ya al de los hombres). Se pospone la formación de parejas y una vez iniciada la actividad laboral es más raro que la abandonen cuando cambia su situación familiar, circunstancia que antes se producía más habitualmente[2]. Esta implicación laboral femenina (más persistente y con mayor nivel educativo) conlleva un menor potencial cuidador disponible cuando llega la dependencia de sus padres. Así, se pone en tela de juicio el patrón tradicional.

Las mujeres españolas han sido "pilladas en medio" de varias situaciones. En primer lugar, como cuidadoras de padres dependientes cuando muchas de ellas aún tienen hijos no emancipados y se responsabilizan de la mayor parte de las tareas del hogar. También se encuentran en transición hacia un mayor protagonismo en el mercado laboral, manteniendo todavía las responsabilidades del modelo social tradicional, que les encomendaba tareas de reproducción social. Finalmente, ha cambiado el modelo tradicional de cuidados informales y familiares, en el que eran protagonistas, hacia otro modelo emergente de cuidados formales provistos por el mercado, pero que aún no está suficientemente desarrollado.

---

[1] Riley, M. W. y Riley, J. W. (1993): "Connections: kin and cohort", en Bergtson, V. L. y Achenbaum, W. A. (eds.): *The changing contract across generations*. Nueva York: A. de Gruyter, 169-189.

[2] Garrido Medina, L. y Chuliá Rodrigo, E. (2005): *Ocupación, formación y el futuro de la jubilación en España*. Madrid: CES.

Esta concentración de responsabilidades y tareas parece estar modificándose. Es posible que estemos asistiendo a un incremento de los varones cuidadores, al menos compartiendo tareas o apoyando a la cuidadora principal. La presencia de las hijas cuidadoras en el mercado laboral motiva también la emergencia de un sector formal de cuidados pagados, en los que la inmigración de los últimos años ha desempeñado un papel importante. La creciente mayor longevidad masculina hará que puedan asumir el papel de cuidador de su cónyuge en situación de discapacidad.

Finalmente, otros cambios, como las nuevas formas familiares (cohabitación, familias monoparentales, rupturas matrimoniales), podrían alterar (y debilitar) también los tradicionales lazos familiares y su papel de apoyo a los mayores en situación de necesidad, además de replantear el modelo tradicional de apoyo mayoritariamente femenino.

2. La fortaleza de los vínculos familiares

Otra serie de cambios sociales, como la tendencia creciente entre las personas de edad a vivir solas (16,2% en 1991 y 19,7% en 2001) o el incremento de personas o parejas que voluntariamente no tienen hijos (lo que limita los lazos y el potencial cuidador dentro de la familia), han aumentado la preocupación social por la posible debilitación de los lazos familiares; en definitiva, por el declive de la familia como institución. El envejecimiento demográfico y la baja fecundidad han hecho que los responsables de las políticas públicas se preocupen por una probable disminución del apoyo familiar hacia los mayores.

Pero hay razones para pensar que no será así. Ciertamente, las cohortes actuales de más edad aún cuentan con recursos familiares, pues la baja fecundidad no les afectó. Sin embargo, las futuras cohortes, según vayan alcanzado edades avanzadas, deberán encarar este problema, pues el potencial de cuidado familiar habrá descendido, ya que habrá menos corresidentes y cuidadores familiares. Los efectos de la llamada "segunda transición demográfica" no se notarán en las actuales generaciones de mayores sino en las futuras. Por tanto, es probable que en el futuro haya mayor diversidad en la vida familiar y en las formas de convivencia.

Los cambios en la corresidencia pueden reflejar ciertas preferencias por vivir independientes, pero cerca, en una intimidad a distancia; es decir, una misma familia bajo distintos techos. Esta tendencia a la independencia puede reflejar también un incremento de las rentas y una mayor estimación de los valores asociados a la privacidad y a las aspiraciones y proyectos individuales más que familiares, fenómeno que algunos autores asocian con la "segunda transición demográfica".

Por ello, es importante no sólo conocer la forma de convivencia de los miembros de la familia respecto de los mayores, sino también la estructura y descripción de los lazos familiares y de otras formas de cohesión efectivas (vivir en proximidad, relaciones y contactos). Los que hablan de declive familiar piensan normalmente en una familia tradicional, núcleo con hijos. Sin embargo, existen otras formas familiares que entre los mayores tienen más relevancia.

Aunque el reducido tamaño de las generaciones familiares actuales y futuras podría hacer pensar en una mengua de la importancia de la familia, las relaciones familiares continúan siendo claves y un aspecto crítico en la vida de los mayores. Las personas mayores las valoran sobre todas las cosas y forman una parte esencial de su calidad de vida. La realidad avala la importancia del apoyo prestado por cualquier forma o modelo familiar a los mayores dependientes. Normalmente, las familias siguen siendo la primera y más importante fuente de apoyo; el cuidado formal llega cuando no existe familia o el apoyo familiar es insuficiente.

La mayoría de los miembros de la familia percibe que los vínculos familiares son fuertes: casi la mitad de las personas creen que tendrían apoyo familiar en caso de necesidad; otros muchos piensan que irían a casa de un hijo o hija o de otro familiar; sólo un 8,6% afirma que iría a una residencia; y un 10,6% cree que debería buscar ayuda complementaria externa[3].

Realmente existe esa red latente de familiares que emerge como un recurso cuando aparece la necesidad. Este hecho puede despejar las incertidumbres surgidas respecto a las funciones de las relaciones familiares, como consecuencia de la heterogeneidad de las estructuras familiares y de la dispersión geográfica de sus miembros.

Un ejemplo de esa fortaleza (y utilidad) de los vínculos familiares es que cada vez es más frecuente que los abuelos se subroguen en muchas funciones de los padres, como, por ejemplo, en el cuidado de los nietos: un 47,8% de los mayores afirma que lo ha hecho anteriormente y un 26% declara hacerlo en el presente. En muchos casos, se trata de una dedicación intensiva en horas y responsabilidad[4]. Los abuelos desempeñan papeles de guardianes o ejército en la reserva, dispuestos para actuar cuando se presenta una crisis o una situación de necesidad. La familia no sólo es la nuclear, la familia en el hogar, sino que es una red que se extiende hacia abajo (hijos que cuidan) o hacia arriba (abuelos cuidadores) a lo largo de generaciones, con o sin corresidencia.

---

[3] IMSERSO (1998): *Encuesta sobre la soledad de las personas mayores*.

[4] IMSERSO (2005a): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2004*.

La familia es la red más próxima a los mayores. Con toda probabilidad, seguirá siendo su primer recurso cuando se encuentren en situaciones de vulnerabilidad y de necesidad. Hasta ahora ha sido prácticamente el único pilar sobre el que descansaba el cuidado de la dependencia en la vejez. Ha posibilitado el mantenimiento de la calidad de vida a edades avanzadas, a pesar del fuerte envejecimiento que ha sufrido la población española y de la limitada capacidad de respuesta de la sociedad y de los poderes públicos ante estos cambios, no sin costes para los restantes integrantes de la familia, especialmente para las mujeres.

La familia, entendida tanto en el sentido amplio de red familiar como en el restringido de los que comparten el mismo hogar, es el instrumento clave para mantener a los mayores integrados en la sociedad. Es la mejor forma, y a veces casi la única, de transferencia intergeneracional de recursos hacia los mayores. La familia suele aportar a sus miembros espacio (corresidencia), dinero y tiempo (contactos, relaciones y cuidados).

A pesar de las transformaciones operadas en el escenario familiar español durante las últimas décadas (aumento del número de familias y descenso de su tamaño, incremento de los hogares unipersonales, diversificación de los tipos de familia), las solidaridades familiares perviven, prácticamente inalteradas, aunque sea bajo distintos techos a lo largo del tiempo.

Dejando a un lado el modelo de atención a la dependencia que se establezca, la familia seguirá siendo un instrumento extremadamente valioso para vehicular la ayuda a las personas mayores dependientes, una referencia prioritaria para ellos y el instrumento más eficaz de ayuda a los mismos; posiblemente delegará los cuidados, pero más difícilmente delegará la responsabilidad y el control de los mismos. Frente a lo que puede parecer un proceso de convergencia con la tipología de familias nucleares propias de otras sociedades europeas, los vínculos familiares propios de la Europa del sur han mostrado su fortaleza, constituyéndose en un pilar insustituible del bienestar social, con mucha mayor capacidad de respuesta que los poderes públicos ante situaciones de necesidad. Este modelo de familia, construido sobre valores de reciprocidad generacional, supone una extraordinaria riqueza para nuestra sociedad; es un patrimonio intangible, inmaterial.

Este tipo de relación diferencia a España de los países del centro y del norte de Europa, donde las transferencias familiares son menores. Mantener la familia como riqueza no sólo puede ser una señal de identidad, de cultura y tradición, sino un instrumento de calidad de vida de los mayores. Pero esa estrategia tiene un coste: la carga sobre la familia.

3. Los poderes públicos deben actuar

El sistema de bienestar apoyado en la familia, que ha sustituido en gran medida a los poderes públicos, no es viable a largo plazo en su actual configuración. La carga de los cuidados comienza a ser insostenible para las familias, debido al aumento constante de la esperanza de vida, a la mayor duración de los períodos de dependencia, a la coexistencia de generaciones y al descenso de la fecundidad. Las mujeres adultas de las generaciones actuales soportan una carga de familiares dependientes no conocida por ninguna generación hasta la fecha.

Además, la distribución de recursos y beneficios sociales a las personas dependientes adolece de cierta inequidad. Los responsables de las políticas sociales organizan sus actuaciones más en función de cómo y con quién viven los dependientes que en relación a la gravedad de la discapacidad (severidad y número de limitaciones padecidas) o de sus necesidades objetivas. Dado que los cuidadores informales, familiares, ya cubren esas necesidades, esas familias pueden estar siendo indirectamente penalizadas o no favorecidas en el reparto de la atención social.

Esto, unido a los cambios que se han producido en nuestra sociedad, impone la necesidad de una solución pública para un problema que es de la sociedad y no únicamente de las familias. Delegar completamente la responsabilidad y la provisión de los cuidados de los miembros más débiles confiando únicamente en la fortaleza familiar sería, además de una irresponsabilidad social, hacerle un flaco favor a uno de los principales pilares de nuestra sociedad. Las solidaridades familiares son, y seguirán siendo, un elemento de extraordinario valor para mantener la cohesión social. Pero si no se cuida, se perderá ese recurso fundamental, anhelado por otros sistemas sociales. Resulta imperativo incrementar la solidaridad pública para mantener la solidaridad familiar.

Por tanto, se trata de construir un modelo en el que la producción de bienestar para los más vulnerables sea compartida por todos los implicados en las situaciones de dependencia: los poderes públicos, las personas afectadas y sus familias, la iniciativa social con y sin ánimo de lucro. La participación de todos ellos, lejos de debilitarlo, fortalecería el papel de la familia en el apoyo de los más débiles. Además, permitiría su mantenimiento como instrumento de inclusión social de los mayores, haciéndola partícipe de las responsabilidades junto con los proveedores de cuidados formales.

El apoyo público a estas familias cuidadoras está justificado, porque promueven la cohesión social, los vínculos comunales y dan respuesta a las necesidades de los miembros de una comunidad. Estas políticas facilitan el desarrollo de capital social, redes, normas y confianza entre los ciuda-

danos para actuar conjuntamente y perseguir objetivos compartidos; además, ayudan a la autonomía de las personas y de las familias, reconociendo la interdependencia entre el sector informal y el formal. La familia seguirá siendo la unidad de referencia, incluso cuando los cuidados provengan del exterior. No hay que olvidar que el objeto de protección debe ser el individuo, que en situación de especial vulnerabilidad tiene derecho a ser protegido por la sociedad en la que vive (y que ha ayudado a construir), tenga o no una familia y sean cuales fueren las circunstancias de ésta.

II. RED DE LOS FENÓMENOS

En este capítulo se analizan las solidaridades familiares vigentes en nuestra sociedad desde la perspectiva de las personas mayores, en especial de las que están en situación de dependencia. Gracias al desarrollo del Estado del Bienestar, las personas mayores reciben del mismo buena parte de su seguridad (en forma de recursos económicos y atención sanitaria), en un proceso que quizá parecía que relegaba o arrinconaba el papel de la familia, que históricamente había sido la principal institución proveedora de soporte, ayuda material, cuidados y apoyo emocional.

En todos los países desarrollados se constata y reconoce que la familia es la principal fuente de apoyo e intercambio de cuidados ante situaciones de necesidad de ayuda. Sin embargo, la evolución de las sociedades ha generado un desplazamiento de las responsabilidades y de las atenciones hacia los servicios profesionales, públicos o privados, en función de los sistemas de protección social de los respectivos países. Este proceso de "modernización" significa más cuidados y servicios formales y menos ayuda familiar. Pero en la mayoría de estos países se están revisando los modelos de atención a las situaciones de dependencia, con el propósito de avanzar en políticas y modelos mixtos de asunción de responsabilidades en la producción de bienestar para este tipo de personas.

España mantiene un modelo de fuertes lazos familiares y de estrecha solidaridad. Reúne características que la situarían entre el modelo más "moderno" de los países del centro y del norte de Europa y el modelo de países con fuerte tradición familiar y bajo desarrollo económico, en el que los mayores reciben apoyo y viven con sus hijos u otros familiares casi exclusivamente. El modelo español es un patrón deseado por las personas mayores. La transferencia de recursos familiares tiene ventajas, pero precisa del apoyo de los poderes públicos para aliviar la carga de los cuidados a los dependientes. Es un modelo de intercambios generacionales de apoyo y asistencia, de convivencia, de proximidad y de contactos, en definitiva, de riqueza familiar, que lo diferencia de otros países europeos. España parece caminar hacia una convergencia con los modelos europeos, pero los vínculos familiares siguen siendo una fuente de bienestar social.

Los tres aspectos clave que afectan y definen el modelo de solidaridad y transferencia de recursos familiares son: los cambios demográficos y sociales en la estructura y las relaciones familiares (como la longevidad y la incorporación de la mujer al mercado laboral), la pervivencia –amenazada– de una rica red familiar y la necesidad de actuación de los poderes públicos para el mantenimiento del modelo y de esa riqueza.

El estudio de las solidaridades familiares se organiza en torno a estas tres facetas. En los dos primeros apartados se pretende conocer cómo

son las solidaridades entre las personas mayores y sus familias[5], tanto estructurales (convivencia y proximidad), como asociativas (contactos) y funcionales (quiénes son los dependientes, con quién viven, quiénes les cuidan); es decir, se analiza el modelo familiar de transferencias intergeneracionales en hogares multigeneracionales o bajo la forma de "una familia, varios techos". También se examina la carga soportada por los cuidadores y se descubre una cierta inequidad y subsidiariedad en la distribución de los servicios sociales existentes. Finalmente, en el tercer apartado se quiere destacar el papel de los poderes públicos en el mantenimiento del apoyo familiar, a través de diferentes tipos de intervenciones que permitan conservar la riqueza del modelo familiar para que no resulte damnificado por los cambios ocurridos, o en proceso de desarrollo, ni por las consecuencias negativas de la carga de los cuidados.

1. Formas de convivencia de los mayores

Los sistemas de transferencia de recursos entre generaciones y miembros de una misma familia se apoyan fundamentalmente en la forma de convivencia, la proximidad, la frecuencia de los contactos y los cuidados. La convivencia es la primera forma de relación entre las generaciones de una familia y uno de los principales vehículos de la solidaridad familiar.

Los hogares en los que residen los mayores determinan buena parte de sus relaciones sociales, sus actividades diarias y la ayuda inmediata con la que cuentan en una situación de fragilidad, ocasional o definitiva, que puede desembocar en una situación de dependencia. Las formas de convivencia de los mayores filtran sus necesidades de ayuda. Tan sólo llegan al ámbito público aquellas que no pueden ser satisfechas en el hogar. Pero esto esconde situaciones de dependencia grave, que descansan únicamente en la solidaridad familiar, con importantes consecuencias tanto para el mayor como para su familia.

Los tipos de hogares en los que residen los mayores en la actualidad se pueden dividir en: *hogares multigeneracionales*, en los que residen con sus hijos, sea porque éstos todavía no se han emancipado o porque las necesidades de atención y ayuda del mayor hacen necesaria la corresidencia y que se produzca una reagrupación familiar; *nidos vacíos*, hogares en los

[5] V. L. Bengtson ha documentado ampliamente los conceptos de solidaridad: solidaridad estructural (forma de convivencia y proximidad), solidaridad asociativa (relaciones y contactos) y solidaridad funcional (prestación de ayuda y cuidados). Véase Bengtson, V. L. (2001): "Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds", en *Journal of Marriage and Family*, 63, 1-16; Bengtson, V. L. y Roberts, E. L. (1991): "Intergenerational solidarity in aging families: an example of formal theory construction", en *Journal of Marriage and Family*, 53, 856-870.

que los mayores viven en pareja, pero sin hijos en el hogar, que es la tipología de hogar en la que en mayor medida encontramos cuidadores que a su vez necesitarían ayuda ellos mismos, ya que presentan también algún nivel de dependencia; *hogares solitarios*, donde viven las personas mayores que residen solas y que, por tanto, han de hacer frente por sí mismas a sus necesidades diarias, aunque puedan contar con el apoyo de la red familiar, basada en la cercanía y en la frecuencia de los contactos; *otro tipo de hogares*, producto de la corresidencia con otros parientes (abuelos y nietos sin la presencia de los padres, convivencia con hermanos, etc.) o con no parientes (empleado doméstico que les cuida).

Los cambios en las formas de convivencia suelen ser consecuencia de otros procesos demográficos y sociales, tales como una mayor longevidad, el menor tamaño familiar (por las citadas transformaciones en los patrones de fecundidad) o de un incremento sostenido de los ingresos (en especial, el proceso de salarización y de cobertura del sistema de pensiones), que permiten otras estrategias residenciales diferentes a las tradicionales.

Por otra parte, la forma de convivencia es un aspecto esencial en la vida de los individuos. Tiene diferentes dimensiones según el estadio del curso de la vida en que se encuentren. Tras la jubilación, el espacio vivido, el de referencia, se reduce, sobre todo en el caso de los varones de las actuales generaciones de mayores. En este estadio, el espacio próximo, el vecindario y la propia casa alcanzan una dimensión primordial. Esta importancia puede crecer con la edad, conforme se va restringiendo la movilidad como consecuencia del aumento de discapacidades motoras, que reducen las actividades de la vida diaria (salir, ir de compras, pasear, etc.) y que suelen ser las primeras en manifestarse. El espacio de actividad de los mayores se reduce cada vez más a la casa y a las personas que en ella viven. De ahí la importancia creciente del hogar y de la forma de convivencia para las personas mayores.

En general, los mayores y sus hijos prefieren vivir de forma independiente. No obstante, las limitaciones funcionales cambian sus preferencias, sobre todo cuando llegan los problemas en las actividades básicas, es decir, las que se refieren al cuidado personal. La pérdida de autonomía da lugar a la reagrupación familiar o a la institucionalización. La corresidencia se produce cuando no existen otras formas de transferencia intergeneracional, como tiempo (cuidados desde fuera del hogar) y dinero (para la ayuda formal o la institucionalización) o cuando éstos no son suficientes. Compartir espacio facilita los cuidados y da apoyo complementario.

Las formas de convivencia reflejan la diferencia entre los modelos familiares europeos. Existe un gradiente norte-sur, que se manifiesta muy claramente en las personas de 80 y más años, quienes suelen vivir en mayor proporción con sus familias en los países mediterráneos (España e Italia) y menos en los nórdicos (tabla 1). El porcentaje de personas mayores

Tabla 1 – Formas de convivencia de las personas de 80 y más años en Europa. En porcentaje. 2004

	Solitarios	Con su pareja	Con hijos/familia
Alemania	64,9	26,7	8,4
Austria	66,7	20,0	13,3
Dinamarca	64,4	29,8	5,8
España	39,2	24,0	36,8
Francia	53,4	37,1	9,4
Grecia	65,7	26,6	7,7
Holanda	62,7	34,3	3,0
Italia	50,7	27,8	21,6
Suecia	66,3	31,1	2,6
Suiza	53,3	39,5	7,2
Total	**56,2**	**27,4**	**16,4**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de Börsch-Supan, A. *et al.* (eds.) (2005): *Health, ageing and retirement in Europe - First results from the survey of Health, ageing and retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the economics of aging.

que viven con su familia en Suecia, Holanda y Dinamarca es mínimo (2,6%, 3% y 5,8%, respectivamente); por el contrario, en Italia y España alcanzan el 21,6% y el 36,8%, respectivamente. Este mayor apoyo de la familia, de los hijos sobre todo, en el sur traduce costumbres, sentimientos asumidos de responsabilidad filial y, quizá también, la falta de otras alternativas para mantener la independencia residencial (escasos ingresos que no permiten ayuda formal ni institucionalización)[6].

1.1 Tipos de hogares

En 4,8 millones de hogares, sobre un total de 14,2 millones, residen los casi siete millones de personas mayores de 65 años censadas en 2001 (tabla 2). Los tipos de hogares en los que residen los mayores españoles en la actualidad (gráfico 1) son:

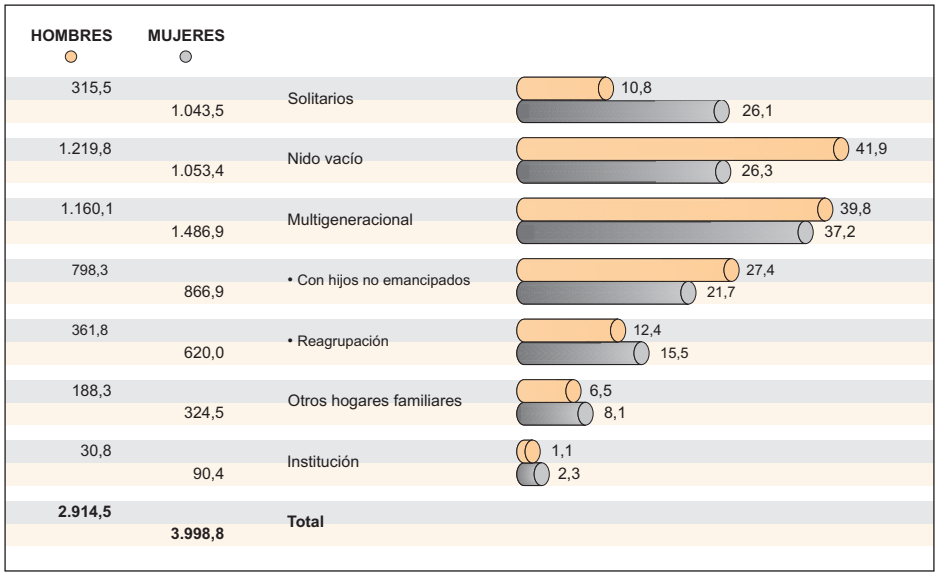
[6] Iacovou, M. (2000): *The living arrangements of elderly europeans*. Colchester: Institute for Social and Economic Research, ISER Working Paper. Utilizando otra fuente estadística (Panel de Hogares de la Unión Europea), Iacovou afirma que los países del sur y de fuerte tradición católica suelen presentar patrones de convivencia muy diferenciados respecto a los del norte, con tradición sobre todo protestante. En los del sur (España, Portugal, Grecia, más Irlanda y Austria), el porcentaje de parejas o de personas solas (viudas) viviendo con los hijos es considerablemente más alto que en el otro grupo de países. En España, el 15% de las mujeres viven con pareja e hijos y el 24% sola con hijos, siendo de todos los países del grupo meridional el de perfil filial más acentuado. Dinamarca y Holanda estarían en el otro extremo; en Dinamarca, sólo el 1% de las mujeres viven con su pareja y los hijos y el 2% sola con hijos. En consonancia, el número de varones y mujeres que viven solos es muy bajo en España (9% de los hombres y 23% de las mujeres), siendo en cambio la forma de vivir más frecuente en todos los países nórdicos o "protestantes".

Tabla 2 – Distribución de los hogares en los que reside alguna persona de 65 y más años según el tipo de hogar y su tamaño. En porcentaje. 2001

	Total hogares		Tamaño del hogar					Tamaño medio
	Absoluto (en miles)	Porcentaje	1	2	3	4	5 y más	
Solitarios	1.359,0	28,1	100,0	–	–	–	–	1,0
Nido vacío	1.248,5	25,8	–	100,0	–	–	–	2,0
Multigeneracional	1.911,8	39,6	–	19,1	36,6	19,4	24,6	3,7
Con hijos no emancipados	1.188,0	24,6	–	26,5	47,6	16,8	9,2	3,1
Reagrupación	723,7	15,0	–	7,7	18,7	23,8	49,9	4,5
Otros hogares familiares	306,8	6,3	–	52,9	32,9	8,7	5,5	2,7
Institución	8,0	0,2	3,2	2,7	2,0	4,2	87,8	20,6
Total	**4.834,2**	**100**	**28,1**	**36,9**	**16,6**	**8,2**	**10,2**	**2,5**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Censo de Población de 2001*, fichero de microdatos en www.ine.es

Gráfico 1 – Distribución de la población de 65 y más años por tipo de hogar en el que reside y sexo. Valor absoluto en miles y porcentaje. 2001



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Censo de Población de 2001*, fichero de microdatos en www.ine.es

❒ ***Hogares multigeneracionales*** (dos o más generaciones). Más de dos millones y medio de personas mayores conviven con sus hijos o con sus hijos y nietos; este tipo de hogar representa un 39,6% de los hogares en los que vive algún mayor. Esto se traduce en una enriquecedora relación intergeneracional. Pero esa convivencia puede ser fruto también de las necesidades de atención del mayor, que le han impuesto la renuncia a su independencia residencial. De hecho, en más de un tercio de esos hogares

reside algún mayor dependiente. No puede haber dato más elocuente del modelo familiar español y de la estrecha relación entre los mayores y su familia.

Aunque puede parecer una herencia de los hogares troncales multigeneracionales de la Europa mediterránea, buena parte de este tipo de hogar existe más por las dificultades de emancipación de los jóvenes que por la pervivencia de los modelos que garantizaban el cuidado familiar en la vejez mediante la convivencia bajo el mismo techo. Casi 1,7 millones de mayores (24,1% de los mayores) viven con hijos no emancipados. En algunos casos, la emancipación nunca llegará, pues se trata de hijos con algún tipo de discapacidad.

Por el contrario, casi un millón de personas de más de 65 años residen en el hogar de alguno de sus hijos o hijas, dependiendo de ellos. La convivencia entre distintas generaciones en estos hogares responde a un acercamiento de los padres a los hijos en busca de su apoyo y ayuda cuando la vejez dificulta su autonomía residencial. Son los protagonistas de las llamadas estrategias de "reagrupación". Las mujeres son las que mayoritariamente emprenden una estrategia residencial de esta naturaleza y, por tanto, las que en mayor medida se encuentran en esta situación de convivencia (el doble de mujeres que de hombres). La soledad, más presente entre las mujeres, debido a la sobremortalidad masculina a edades avanzadas, está detrás de esta situación.

❒ *Nidos vacíos*. En el momento en que el último de los hijos se emancipa, el hogar se queda compuesto por una pareja de personas mayores, que en la actualidad representan casi 2,3 millones de mayores (32,9%). Esta situación familiar libera de muchas ataduras y abre nuevas posibilidades a los mayores. Pero tiene también en muchos casos un fuerte efecto emocional, en especial para las madres no activas en el mercado laboral, que han dedicado gran parte de su vida al cuidado de sus hijos y tras la emancipación de los mismos se encuentran con un gran "vacío".

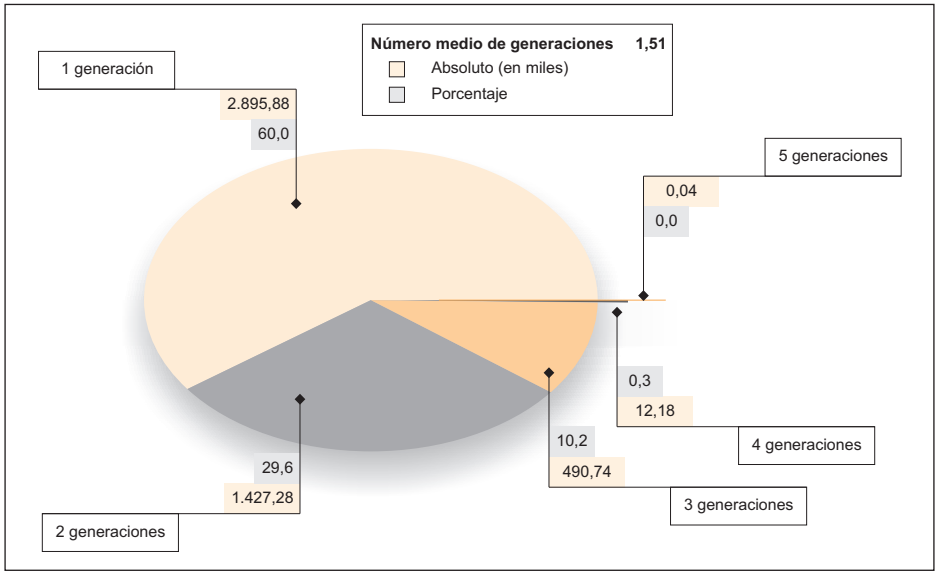
❒ *Hogares solitarios*. Casi 1,4 millones de personas de 65 y más años vivían solas en 2001 en España. El aumento de la autonomía residencial es consecuencia de las mejoras en las condiciones de salud y de la independencia económica. Pero esta situación puede traducirse también en una mayor vulnerabilidad frente a situaciones de fragilidad y necesidad de ayuda. La mayor viudez entre las mujeres, debida a la menor longevidad masculina, es la causa de que sean ellas las que en mayor medida se encuentren solas cuando comienzan los problemas de dependencia y de necesidad de ayuda (26,1% de las mujeres frente al 10,8% de los hombres).

❒ *Otros hogares*. Poco más de medio millón de mayores se encuentra en otra situación de convivencia en más de 300.000 hogares. Cuando no hay hijos, o no es posible la convivencia con los mismos, las personas

mayores optan por formas de corresidencia, como la convivencia con hermanos, nietos, sobrinos, otros familiares o incluso con no parientes, como algún empleado doméstico o amigo. Las que se encuentran mayoritariamente en esta situación son mujeres. En hogares colectivos, residencias fundamentalmente, viven más de 121.000 personas, según datos censales de 2001, aunque esta cifra es cuestionable, como se verá al tratar con más detalle esta forma de residencia.

Más interesante es el análisis de la convivencia entre generaciones. Pese al innegable aumento de la coexistencia entre generaciones gracias al aumento de la longevidad, la inmensa mayoría de las personas mayores no convive con miembros de otra generación. El 60% de los hogares donde vive una persona de 65 y más años es unigeneracional (gráfico 2), es decir, esa persona mayor vive sola o con miembros de su generación (su pareja en la mayor parte de los casos, pero también algún hermano, etc.). Un 29,6% de los hogares está habitado por miembros de dos generaciones, categoría que incluye la casi totalidad de aquellos hogares con algún hijo todavía no emancipado, más algunos casos de reagrupación en los que a una pareja sin hijos se une alguno de los padres. Pero, en los hogares reagrupados pueden vivir tres generaciones (10,2%) y hasta cuatro (0,3%), situación que, aun con cifras muy poco relevantes, supone una auténtica novedad histórica producto del gran aumento de la longevidad.

Gráfico 2 – Distribución de los hogares en los que reside alguna persona de 65 y más años según el número de generaciones en el hogar. Valor absoluto en miles y porcentaje. 2001



Nota: No se incluyen los hogares del tipo institución.

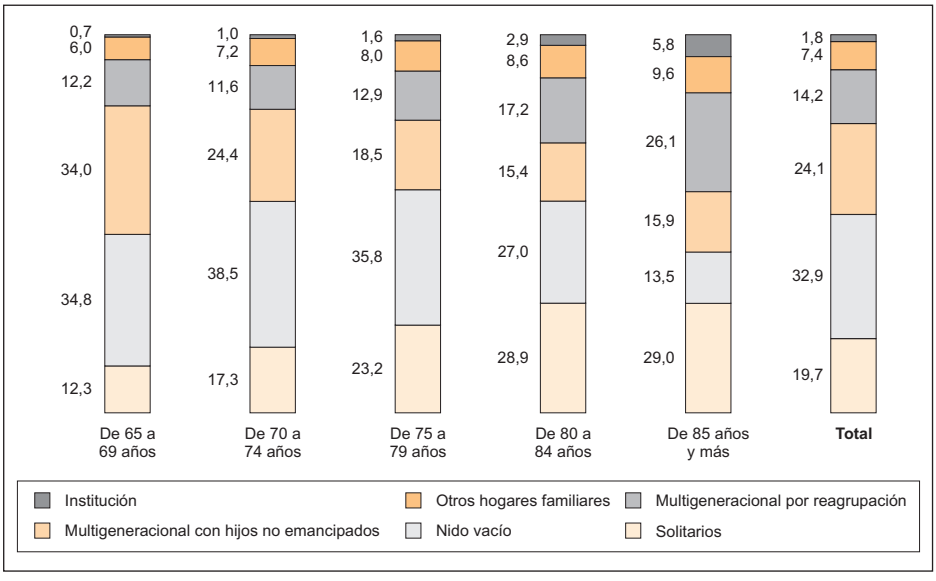
Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Censo de Población de 2001*, fichero de microdatos en www.ine.es

Cambios en las formas de convivencia a lo largo de la vejez

La forma de convivencia durante la vejez cambia debido a diversos eventos o transiciones demográficas o familiares. No se vive en el mismo tipo de hogar durante toda la vejez, sino que la mayoría de las personas de edad pasan por diferentes etapas en las que forman parte de distintos tipos de hogares. El ciclo más frecuente del hogar familiar empieza con un hogar conformado por padres e hijos durante la edad adulta; se transforma en un nido vacío con las emancipaciones residenciales de los hijos; después, con el fallecimiento de uno de los cónyuges, se pasa a una etapa en soledad; por último, se puede producir la reagrupación en el hogar de alguno de los hijos o la institucionalización, en ese momento o tras una etapa previa de reagrupación.

Si bien este patrón de transformación de las formas de convivencia a lo largo de la vejez es bastante común, la coexistencia de distintas generaciones de mayores en diferentes etapas de la vejez dibuja en detalle el panorama de heterogeneidad de formas familiares. De este modo, en los primeros momentos, entre los 65 y los 69 años, un 34% de las personas mayores vive todavía con algún hijo no emancipado. Esta forma de convivencia se va reduciendo progresivamente a medida que aumenta la edad hasta estabilizarse en torno a un 15% (gráfico 3).

Gráfico 3 – Población de 65 y más años según tipo de hogar en el que residen y grupo de edad. En porcentaje. 2001



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Censo de Población de 2001*, fichero de microdatos en www.ine.es

Tras la emancipación del último hijo residente en el hogar paterno aparece el "nido vacío". El 34,8% de los mayores de 65 a 69 años se encuentra en esta situación de convivencia, mientras que el 12,3% vive solo. Según se van cumpliendo años, el impacto de la viudez produce un trasvase de población de una forma de convivencia a la otra, reduciendo la importancia del "nido vacío" y aumentando la de los hogares solitarios.

Los hogares multigeneracionales por reagrupación aumentan de forma notable entre los octogenarios (uno de cada cuatro mayores). Cuando la dependencia hace su aparición y se necesita la ayuda de otros, especialmente si es necesaria para actividades básicas, se impone la convivencia con otra persona. A estas edades es también cuando se incrementa la institucionalización como opción residencial, por motivos similares a los que llevan a la reagrupación, y en muchos casos como una etapa posterior a la misma. Los hogares que componen otras formas familiares se muestran más estables a lo largo de la vejez.

1.2 La soledad en la vejez. Los solitarios

Como se ha comentado, un 19,7% de la población de 65 años y más (en su gran mayoría mujeres) vive sola, y conforman uno de cada tres hogares donde residen personas de edad. La proporción de solitarios en el resto de las edades es muy baja y son más los hombres solos que las mujeres. El número de hogares unipersonales ha aumentado durante la última década. En este período se ha incrementado no sólo la autonomía residencial de los mayores respecto a las generaciones más jóvenes, sino también, y de forma muy notable, su soledad.

El colectivo de personas mayores que viven en soledad centra de forma especial el interés de las políticas públicas sociales. Son personas con más probabilidad de necesitar ayuda en caso de enfermedad o discapacidad, además de tener un mayor riesgo de aislamiento o exclusión social. Su perfil tipo es: una mujer viuda, que reside en una vivienda de su propiedad, con un nivel educativo próximo al del resto de las mujeres de su generación (más analfabetismo y personas sin estudios) y con menos ingresos que el conjunto de los mayores.

La soledad afecta de forma más importante a las personas más mayores, debido a la conjunción del aumento de la mortalidad con la edad (más temprana la masculina en la mayoría de los casos) y del incremento de la independencia residencial hasta edades más avanzadas. Una de cada tres personas de 85 y más años vive sola. Es el tipo de convivencia que más aumenta a lo largo de la vejez, junto con la institucionalización. A pesar de ello, a partir de los 85 años se produce una ralentización del crecimiento de los hogares solitarios, que incluso desciende entre las mujeres. Esto

puede ser debido a un efecto de cohorte: los de edad más avanzada pueden ser personas de más bajo nivel educativo y económico, lo que no les permite vivir independientemente de sus hijos; también puede estar ocasionado por un aumento de la discapacidad severa que les impide la autonomía residencial y les lleva a una reagrupación familiar o a una institución.

Las mujeres representan el 76,8% de todas las personas mayores que viven solas. La mayor supervivencia femenina está en el origen de la mayor soledad de las mujeres en las últimas etapas de la vida. A ello se une también el hecho de que los varones de estas generaciones, poco acostumbrados a cuidar del hogar y de ellos mismos, en el momento en el que se encuentran solos se ven obligados a renunciar a su autonomía residencial, algo que no les ocurre a las mujeres mayores, habituadas a cuidar de toda la familia, y, por tanto, perfectamente capaces de cuidar de sí mismas mientras su salud se lo permite. Entre los que nunca se casaron, el porcentaje de varones solitarios es mayor que el de mujeres solitarias.

La soledad en los mayores está causada fundamentalmente por la ruptura de un estadio previo de "nido vacío". De hecho, el 75,2% de los solitarios son viudos y sólo el 17,9% son solteros (tabla 3). La viudez aumenta con la edad, pues el 30% de todos los octogenarios y el 71% de las octogenarias son viudos o viudas. Aunque la viudez no acaba necesariamente en soledad, se suele producir fundamentalmente en hogares de pareja sola, lo que conduce a un hogar solitario o a una reagrupación familiar del superviviente. Entre las mujeres, la viudez suele tener consecuencias económicas importantes para ellas mismas, la sociedad y los sistemas de Seguridad Social. Las viudas suelen experimentar un declive en sus condiciones materiales de vida como consecuencia del menor importe de las pensiones que reciben. La escasa cuantía de las pensiones y, en muchos casos, un

Tabla 3 – Personas de 65 y más años que viven solas según edad y estado civil. En porcentaje. 2001

	Solteros	Casados	Viudos	Separados	Divorciados	Total
De 65 a 69 años	28,8	7,2	55,8	5,1	3,2	100
De 70 a 74 años	21,2	4,4	70,1	2,9	1,4	100
De 75 a 79 años	15,4	2,7	79,9	1,4	0,6	100
De 80 a 84 años	11,7	1,9	85,5	0,5	0,4	100
De 85 y más años	10,4	1,2	87,8	0,4	0,2	100
Total	**17,9**	**3,6**	**75,2**	**2,1**	**1,2**	**100**
Total hombres	**28,8**	**8,8**	**55,1**	**4,9**	**2,5**	**100**
Total mujeres	**14,6**	**2,0**	**81,3**	**1,3**	**0,8**	**100**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Censo de Población de 2001*, fichero de microdatos en www.ine.es

bajo nivel de instrucción son factores de riesgo que pueden desembocar en discapacidad y dependencia.

Aproximadamente entre el 7%-8% de los mayores nunca se casaron (entre el 5%-7% de los varones y el 9%-10% de las mujeres) y, por lo general, son personas que no tuvieron hijos. Este hecho reduce sus redes de apoyo más que en el caso de los casados o viudos. Cuando llega la discapacidad, la red de apoyo de un soltero suele ofrecer menos soporte y no alcanza el nivel de la proporcionada por los hijos. Por otro lado, en general, se trata de personas más acostumbradas a la independencia, a la autoconfianza y a vivir solos.

Por qué viven solos

La propia casa adquiere una dimensión primordial en la forma de convivencia de los mayores. Un 83,5% de los mayores de 65 años prefieren vivir en su propia casa (tabla 4). Incluso un 72% seguiría viviendo en su misma casa en caso de aparecer problemas de fragilidad, adaptándola a las necesidades que se puedan presentar y recibiendo ayuda exterior (formal o informal). Aunque también confiesan –y no es contradictorio– que prefieren no vivir solos (16,3%). Muy pocos se irían a una residencia, aun cuando se imaginen con edad avanzada y dificultades para realizar actividades normales de la vida diaria y precisen ayuda.

La experiencia de vivir en soledad suele ser menos difícil en la sociedad española actual, ya que el nivel de desarrollo tecnológico alcanzado permite la vida autónoma sin considerables esfuerzos físicos ni desplazamientos, y pone al alcance de la mano muchos bienes y servicios. Además, las mejoras en el estado de salud y una buena red sanitaria permiten esa soledad residencial.

Tabla 4 – "En el futuro, o en la actualidad, si es Vd. mayor de 65 años, ¿dónde le gustaría vivir?". En porcentaje. 2001

	Población hasta 64 años	Población de 65 y más años	Total
En su casa de siempre	70,8	83,5	73,4
Con sus hijos/as u otros familiares	12,9	10,1	12,3
Regresar al lugar de origen familiar	2,9	2,3	2,8
En una ciudad residencial para personas mayores	10,1	3,3	8,7
NS/NC	3,3	0,8	2,7
Total	**100**	**100**	**100**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de CIS (2001): *Estudio 2.439.*

Personas mayores sin hijos

Las personas mayores que nunca han tenido hijos tienen más riesgo de vivir la vejez en soledad. Un 12,2% de los mayores declaraba no tener hijos en 2004[7]. En las actuales generaciones de mayores hay más personas que no han tenido hijos que en las generaciones posteriores. Las mujeres nacidas antes de 1920 conforman una cohorte con una descendencia especialmente reducida, debido a un desequilibrio entre sexos en las edades casaderas, por el impacto de la guerra civil, que impidió matrimonios y provocó muchas pérdidas entre los varones. Además, es posible que las mujeres de más edad hayan perdido algún hijo, lo que también eleva el porcentaje de mujeres sin hijos.

Condiciones de salud y discapacidad

El hecho de que las personas se sientan bien o mal determina el propio desarrollo de su vida diaria. Existe una estrecha relación entre cómo se siente una persona y las actividades que desarrolla. El estado de salud de los mayores que viven en soledad no difiere mucho de la media del colectivo. Casi la mitad valora su estado de salud como bueno o muy bueno[8]. Con la edad aumentan las percepciones negativas, al igual que la soledad. Como sucede en el conjunto de la población, las mujeres valoran peor su estado de salud: una de cada cinco mujeres mayores que viven en soledad califica su salud como mala o muy mala.

La relación existente entre soledad y discapacidad es motivo de preocupación. La presencia de limitaciones para la realización de actividades cotidianas entre los solitarios podría llegar a ser dramática, precisamente por la ausencia de apoyo en el hogar. Por ello, resulta un indicador de alarma para la implantación de políticas de atención. La discapacidad entre los solitarios (el 27,2% declara necesitar ayuda para las actividades cotidianas) es ligeramente superior a la media, como corresponde a las características de estas personas (más edad, más mujeres y menor nivel educativo y económico).

Por el contrario, la discapacidad grave es considerablemente menor que en el conjunto de los mayores y que en otras formas de convivencia. Algo perfectamente explicable puesto que los más graves no podrían vivir solos. La autonomía residencial está condicionada a una discapacidad leve o moderada, que les permite vivir solos, con ayudas regulares en casa, provistas por familiares o por los servicios públicos. La aparición de un mayor número de discapacidades o la intensificación de las mismas es el mecanismo que pone en marcha un cambio en la forma de convivencia, bien a la casa de algún hijo o familiar o a una residencia.

---

[7] CIS (2005): *Estudio 2.556*.
[8] IMSERSO (2005a).

La percepción de la soledad y su valoración en la vejez

La situación más temida por los mayores es no valerse por uno mismo, por delante incluso de la enfermedad. Para ellos, además de un problema de salud, significa sobre todo perder su autonomía personal e independencia, pasar a formar parte de las preocupaciones de sus familiares, perder algo o mucho de su intimidad y depender de otras personas. Implica renunciar al modo de vida que han llevado durante décadas y dejar que otros la organicen; es el reconocimiento de la fragilidad y el inicio del declive vital.

Más de la mitad de los mayores temen la dependencia, es decir, no poder valerse por sí mismos y depender de otras personas que los cuiden (tabla 5). Estos temores los manifiestan con mucha mayor frecuencia las personas mayores que viven en soledad (tres de cada cuatro aproximadamente), muy por encima de la media del conjunto. Sin embargo, la enfermedad y el dolor, conjuntamente, son citados únicamente por uno de cada tres mayores.

Los solitarios temen en mayor medida el fallecimiento de familiares y seres queridos, la pérdida de la memoria y la soledad. En definitiva, son más vulnerables a la ausencia de contactos y relaciones familiares, pues la mayoría define la soledad como un sentimiento de vacío y tristeza: como "no tener a nadie a quien acudir" o como no tener familia o tenerla lejos[9].

Tabla 5 – Situaciones temidas por las personas mayores según forma de convivencia. En porcentaje. 2004

	Solos	Pareja sola	Pareja o mayor con hijos	Otras formas	Total
La pérdida de su pareja	0,0	61,1	23,9	13,4	31,7
La soledad	15,9	13,8	19,4	19,4	16,4
Depender de otras personas/necesitar que la cuiden	29,7	16,6	20,2	21,6	21,1
La pérdida de la memoria	20,9	13,9	17,4	20,9	17,1
El dolor	7,3	6,0	8,2	8,2	7,1
La enfermedad	30,2	23,3	28,7	31,3	27,2
No poder valerse por sí misma	42,6	33,7	32,2	38,8	35,7
Tener que dejar su casa	11,6	3,1	5,0	3,7	5,7
La pérdida de seres queridos	25,4	16,9	28,2	20,9	22,7
NS/NC	16,6	11,7	16,9	21,6	15,2
Número de casos	**441**	**718**	**599**	**134**	**1.898**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de IMSERSO (2005): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2004.*

[9] IMSERSO (1998).

1.3 Nido vacío. Vida en pareja

Existe una tendencia creciente en los últimos años hacia formas de convivencia independiente (solos o en pareja). La pareja sola es una forma de convivencia muy extendida entre los mayores. La etapa de crianza de los hijos es generalmente la más sedentaria de la vida, con fuertes ataduras con el entorno inmediato, espacial y social. Una vez que los hijos abandonan el hogar paterno, los padres recuperan una mayor libertad para decidir sobre su situación residencial. Pero, además, durante esa larga etapa de crianza se ha ido creando un hogar, en parte, en torno a las necesidades de esos hijos. En el momento en el que los hijos abandonan el hogar paterno, dejan un gran vacío –y no sólo en términos espaciales–, especialmente en muchas mujeres que han dedicado una larga etapa de su vida a su crianza.

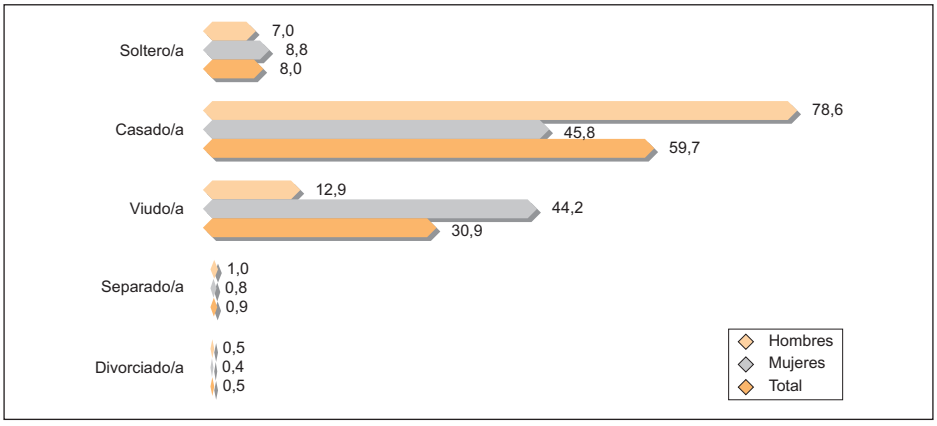
En el momento en que el último de los hijos se emancipa, y no existen otras circunstancias familiares, el hogar se queda compuesto por una pareja de personas mayores o por una pareja en la que alguno de los dos es una persona mayor. En esta situación viven en la actualidad casi 2,3 millones de mayores, que conforman más de 1,2 millones de hogares. Aunque esta circunstancia libera de muchas ataduras a los mayores, abriéndoles nuevas oportunidades, como el retorno al lugar de origen, el traslado a una segunda residencia o a alguna zona con mayores atractivos y servicios (un 20% de la movilidad después de los 55 años se produce tras la emancipación de algún hijo), en muchos casos también tiene un fuerte efecto emocional, en especial sobre las madres.

En los últimos diez años ha disminuido la presencia de solteros y viudos entre la población de edad y ha aumentado el porcentaje de la de casados, gracias a la mejora de la esperanza de vida. En la actualidad, casi dos de cada tres mayores tienen este estado civil (gráfico 4). Este grupo es el que más crece entre la población mayor, gracias a un descenso de la mortalidad masculina en las edades más avanzadas, lo que produce mayor estabilidad en la composición del hogar y tiene repercusiones sobre la convivencia, el consumo, la dependencia y los cuidados de larga duración.

El porcentaje de personas mayores casadas decrece con la edad. Las diferencias por sexo son realmente significativas: hasta cinco veces desciende el porcentaje de mujeres casadas entre los 50 y los 80 años. Esta divergencia se traduce en que la mayoría de los varones habrá fallecido antes que su cónyuge, quien probablemente le habrá cuidado si los meses o años previos al fallecimiento los ha vivido en malas condiciones de salud. En cambio, la mayor parte de las mujeres, siete de cada diez, serán viudas cuando mueran.

Los mayores que viven en pareja muestran mayor satisfacción vital, mejor estado de ánimo, salud física y mental, recursos económicos, inte-

Gráfico 4 – Población de 65 y más años según estado civil y sexo. En porcentaje. 2001



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Censo de Población de 2001*, fichero de microdatos en www.ine.es

gración social, apoyo y relaciones sociales y menores tasas de institucionalización[10]. El hecho de vivir en pareja tiene cierto impacto protector sobre la salud, a lo que se añade el hecho de que en caso de enfermedad o fragilidad se tiene al cónyuge, que provee de asistencia. De hecho, muchas discapacidades leves o moderadas apenas son percibidas como tales cuando existe esta compañía y ayuda. En el caso de las mujeres, y dada la gran diferencia de roles en las actuales generaciones de personas mayores, las casadas tienen menos riesgo de ser pobres que las no casadas.

1.4 Vivir con los hijos. Hogares multigeneracionales

La forma de convivencia más común entre los mayores españoles es vivir con hijos en hogares multigeneracionales. En esto difiere de otros países del centro y del norte de Europa, donde predominan los hogares de parejas. Esta modalidad se presenta en cuatro de cada diez hogares, es decir, en casi dos millones de hogares, y alcanza a 2,6 millones de personas de 65 y más años. Responde fundamentalmente a dos motivos: los hijos no se han emancipado aún (o han regresado al hogar paterno tras una ruptura conyugal) o son resultado de una reagrupación familiar, de un traslado de los padres al hogar de algún hijo o hija.

Esta forma de convivencia de los mayores con sus hijos es el llamado modelo “meridional” o mediterráneo. Estos datos contrastan con los

[10] IMSERSO (2005a).

Tabla 6 – Proximidad al hijo más cercano de las personas de 50 y más años en Europa. En porcentaje. 2004

	En el mismo hogar	En el mismo edificio	A menos de 1 km.	Entre 1 y 5 km.	Entre 5 y 25 km.	Entre 25 y 100 km.	Entre 100 y 500 km.	Más de 500 km.	Otro país	Total
Alemania	20,6	14,5	13,3	17,4	15,5	8,6	7,6	1,4	1,1	100
Austria	24,0	14,8	13,6	18,1	14,7	7,5	5,4	0,3	1,6	100
Dinamarca	14,0	2,6	13,5	20,7	26,7	15,1	6,4	0,1	1,0	100
España	50,6	5,1	20,5	10,2	5,8	2,6	3,4	0,7	1,2	100
Francia	24,9	2,0	13,0	17,3	19,4	10,6	7,7	3,4	1,7	100
Grecia	41,5	15,1	15,2	10,0	8,6	2,6	4,9	1,0	1,1	100
Holanda	23,8	0,9	18,5	29,3	15,5	8,3	3,1	0,0	0,6	100
Italia	50,3	12,7	11,1	12,5	7,3	2,8	1,1	1,3	1,0	100
Suecia	16,6	0,9	15,2	22,2	20,3	12,8	8,2	2,1	1,6	100
Suiza	27,1	6,8	12,9	18,7	17,8	10,1	5,1	0,8	0,5	100
Total	**33,0**	**9,0**	**14,3**	**15,9**	**13,2**	**6,9**	**5,2**	**1,5**	**1,2**	**100**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de *Health, ageing and retirement in Europe 2004*, fichero de microdatos, en www.share-project.org

de países del norte de Europa; por ejemplo, en Suecia o Dinamarca no alcanzan el 20% de las personas de 50 y más años. Estas cifras traducen diferencias en las estructuras familiares tradicionales, mayor número de divorcios en estos países y más complejidad familiar o una tardía emancipación de los hijos en los países mediterráneos (tablas 6 y 7).

Este patrón mediterráneo de convivencia y proximidad responde a múltiples causas. A veces se debe a preferencias asociadas a actitudes cul-

Tabla 7 – Convivencia y proximidad de los mayores y sus hijos según tipo de hogar. En porcentaje. 2004

	Solos	Pareja sola	Mayor o pareja con hijos	Otras formas	No contesta	Total
En la misma vivienda	–	–	98,8	0,0	0,0	31,2
Al menos uno cerca, en la misma ciudad	46,5	59,1	0,3	23,9	33,3	35,0
En la misma ciudad, pero lejos	17,7	18,0	0,0	20,1	16,7	12,4
En otra ciudad	12,2	15,3	0,3	9,7	0,0	9,4
En otro país	1,1	0,7	0,0	0,7	0,0	0,6
Han fallecido	0,7	0,4	0,0	0,7	0,0	0,4
No tiene	20,9	5,8	0,5	44,8	50,0	10,5
No contesta	0,9	0,7	0,0	0,0	0,0	0,5
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de IMSERSO (2005): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2004.*

turales (valores, sentimientos, creencias, tradición, costumbre, lazos intergeneracionales más estrechos). Pero también influyen razones ligadas a diferentes calendarios de emancipación de los hijos del hogar paterno, cuestiones de oportunidad (como disponibilidad de vivienda o trabajo), la necesidad de ayuda a los hijos (cuidado de nietos, subrogándose la persona mayor en la función de padre o madre) o por el estado de salud y limitación funcional de los padres ya mayores y posiblemente la falta de servicios formales e institucionales. Tampoco son ajenas a este modelo otras razones: las barreras burocráticas y de organización en el acceso a los servicios que refuerzan la exclusividad en la atención de los cuidadores familiares; la fragmentación de los servicios disponibles, que alejan a los mayores de la ayuda formal y hace que se aferren a la red familiar y a la corresidencia; y una excesiva confianza en los cuidadores familiares, que asumen la carga del cuidado como una obligación indiscutible, lo que provoca una reagrupación cuando el mayor está en situación de necesidad.

¿Hijas o hijos?

Ésta es una cuestión importante en la prestación de cuidados. Si la asociación cuidados-hija es estrecha, es lógico pensar en una asociación entre forma de convivencia y género (hija). En España, las mujeres de 70 y más años tienen más probabilidades de vivir con hijas casadas (o incluso solteras) que en el resto de los países europeos. Si las personas mayores viven con la hija, ésta es la que se ocupa de ellos; si viven con el hijo, es la nuera la que los cuida. Las mujeres de edad más jóvenes que viven con sus hijos suelen proveer cuidados a sus nietos; si son muy mayores, suelen recibir ayuda de sus hijos. Pero esta reciprocidad no se repite entre los varones. Los que viven con sus hijos reciben cuidados de ellos, como las mujeres; sin embargo, no suelen cuidar de sus nietos en la misma proporción. La mayor parte de los mayores que vive con algún hijo convive realmente con las hijas.

Cuando los hijos todavía no se han ido (hijos no emancipados)

La convivencia de los mayores con sus descendientes se debe generalmente al retraso en la emancipación de los jóvenes, que conviven hasta edades muy avanzadas con sus padres, incluso cuando éstos alcanzan la vejez. En uno de cada cuatro hogares en los que reside alguna persona de edad, ésta convive con algún hijo no emancipado (1,2 millones de hogares).

La permanencia del hijo en el hogar paterno supone una responsabilidad añadida (de atención y de cuidados) a la situación de fragilidad generada por la edad avanzada. Esta corresidencia, más que un alivio, supo-

ne una carga para los padres mayores. También puede ser entendida como una oportunidad para afianzar la reciprocidad. En algunos casos, el hijo no tiene autonomía para emanciparse a causa de alguna discapacidad.

Cuando los padres se suman al hogar (reagrupación familiar)

Pero, la convivencia entre generaciones se produce en muchas ocasiones por decisiones residenciales de los padres, que a edades avanzadas de su vida se ven forzados nuevamente a cambiar de barrio e incluso de localidad de residencia y ámbito de vida, perdiendo su espacio vivido, sus redes sociales, etc. Un 15% de los hogares en los que reside algún mayor son hogares "reagrupados".

En momentos avanzados de la biografía, el individuo abandona su hogar para mantener su ya reducida calidad de vida. Tras los 75 años, sea en busca de ayuda y cuidados, sea en busca de compañía o, lo más frecuente, en busca de ambas cosas, aumentan las probabilidades de que las personas mayores abandonen su hogar para vivir con sus hijos.

Este tipo de estrategias residenciales al final de la vida, en busca de compañía y ayuda o en anticipación de las dificultades ligadas a la dependencia, dibujan un patrón de movilidad interesante: tras la emancipación, los hijos se van alejando residencialmente de sus padres, con uno o sucesivos movimientos; los padres, cuando son mayores, emprenden una estrategia de movilidad, que incluso puede ser de media o larga distancia, para volver a acercarse a sus hijos y facilitar el contacto intergeneracional. En estos casos, los mayores no son los responsables del hogar, como ocurría en los hogares multigeneracionales por el retraso en la emancipación de los hijos. Las personas mayores en esta situación ayudan a veces, pero en ocasiones también se sienten una carga. Esta imagen pasiva que en muchos casos los mayores pasan a tener de sí mismos en los hogares reagrupados supone una dificultad emocional añadida a la pérdida de los vínculos afectivos y sociales con el lugar de vida anterior.

Los protagonistas de la reagrupación familiar

Las protagonistas de la reagrupación son sobre todo mujeres, nacidas en hábitat rurales, con un nivel de instrucción bajo, con hijos, que, tras un largo período de vida en pareja, están solas. Este protagonismo femenino se debe a que las personas que sufren los eventos que provocan la reagrupación son en mayor medida mujeres que hombres; sometidos a los mismos riesgos, los hombres adoptarían una estrategia de reagrupación con una probabilidad un 33% superior a la de las mujeres.

Estas estrategias están motivadas por las necesidades que padece la persona mayor. Por ello, las probabilidades de que una pareja de mayores

jóvenes opte por un reagrupamiento residencial son escasas. Tan sólo algunas parejas se acercan a sus hijos en busca de compañía, para ayudarles en la crianza de los nietos, pero también en busca de una mayor seguridad en momentos posteriores de la biografía, en una clara estrategia de previsión.

Los motivos de la reagrupación

Muchos de los mayores que adoptaron una estrategia de reagrupación familiar dicen haber decidido cambiar de residencia en el momento en el que se jubilaron; otro número menor afirma que lo hizo cuando perdió a su pareja. En uno y otro caso buscaban probablemente la compañía y la seguridad aportada por la cercanía de la familia.

Junto con la búsqueda de compañía, los motivos de salud aparecen con fuerza entre las causas de la reagrupación familiar. Algunas personas mayores afirman que abandonaron su hogar para acercarse a sus hijos, que hubieron de hacerse cargo de ellos por alguna discapacidad o fragilidad e incluso por dificultades económicas (en muchos casos asociadas a la pérdida de la pareja). Otros apuntan que no podían seguir viviendo solos por su precaria salud, porque no tenían un buen servicio médico en el lugar en el que vivían, por la inseguridad provocada por el aumento de la fragilidad, porque no tenían cerca a quién acudir si les pasaba algo o porque tras un episodio de enfermedad necesitaban cuidados, reposo, convalecencia.

A éstos se unen los que afirman no haber tomado ellos la decisión. En algunos de los casos en los que el estado de fragilidad es ya muy importante, y la persona mayor ha perdido el control de su propia situación residencial, los hijos deciden por él. También aparecen con fuerza los motivos familiares, como prestar un servicio familiar, algo que sucede en el caso de muchas abuelas.

Abuelos y nietos

En un 22% de los hogares en los que reside algún mayor conviven abuelos y nietos. Se trata mayoritariamente de hogares en los que el mayor, superviviente a la pérdida de su pareja y quizás también a un período de soledad, se ha integrado en el núcleo familiar de alguno de sus hijos. A ellos se suman aquellos casos en los que alguno de los hijos no llega a emanciparse y conforma su núcleo familiar residiendo con sus padres, o lo hace antes de independizarse. En otras ocasiones, son hogares en los que los abuelos conviven con los nietos sin la presencia de los padres, por emigración o defunción de éstos, aunque estos casos, más frecuentes en anteriores generaciones de españoles, son poco numerosos en la actualidad.

Tabla 8 – Hogares en los que reside alguna persona de 65 y más años según tipo y convivencia con nietos. Valores absolutos en miles y porcentaje. 2001

	Convivencia con nietos		Total hogares
	Absoluto	Porcentaje	
Solitarios	–	–	1.359,0
Nido vacío	–	–	1.248,5
Multigeneracional	966,4	50,5	1.911,8
Con hijos no emancipados	459,1	38,6	1.188,0
Reagrupación	507,3	70,1	723,7
Otros hogares familiares	97,0	31,6	306,8
Institución	–	–	8,0
Total	**1.063,5**	**22,0**	**4.834,2**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Censo de Población de 2001,* fichero de microdatos en www.ine.es

Fruto de estas situaciones, en más de un millón de hogares españoles residen en la actualidad abuelos y nietos, cifra inimaginable en cualquier sociedad del norte de Europa (tabla 8).

1.5 Vivir con otros

En los casos en que no es posible la corresidencia con los hijos, porque no los hay o por otros motivos, cuando la persona mayor ya no puede vivir sola conforma otro tipo de hogar en convivencia con otros familiares o incluso con no familiares. Actualmente más de medio millón de mayores se encuentran en esta situación.

La mayor parte de las personas mayores que convive con otro familiar lo hace con un hermano o hermana, en un hogar unigeneracional (con miembros de su misma generación). A veces residen también sobrinos u otros parientes, e incluso nietos, sin la presencia de hijos en el hogar. Esta última circunstancia –como se ha dicho– se produce generalmente por la emigración o defunción de los miembros de la generación intermedia. Son situaciones que descienden generación tras generación, sin que los casos de hogares desestructurados que se suman lleguen a compensar dicha disminución.

Cuando los mayores conviven con un no familiar, éste suele ser mayoritariamente una empleada del hogar, que sirve de apoyo y sostén en el momento en el que una dependencia severa les impide mantener su autonomía residencial. Como ya se ha dicho, las que se encuentran mayoritariamente en esta situación son mujeres.

1.6 Mayores en instituciones

La convivencia en un alojamiento colectivo es la que presenta menos vínculos mayores-familia o menor solidaridad (pues no hay corresidencia ni proximidad en la mayoría de los casos), aunque la relación familiar se mantiene a través de los contactos. Esta situación se suele iniciar generalmente cuando se rompe el equilibrio entre las capacidades físicas y mentales de la persona mayor y la disponibilidad de recursos de atención, tanto informales (familiares) como formales provistos por la comunidad. La residencia, con su falta de independencia y con un entorno de cuidados altamente organizado (a veces casi médico), es el último recurso, la última forma de convivencia. La institucionalización se convierte cada vez más en una opción para los que tienen dificultades para manejarse por sí mismos o para los que necesitan servicios médicos especializados y continuos.

Según el Censo de Población de 2001, aproximadamente 121.000 personas de 65 y más años (1,8%) viven en alojamientos colectivos (residencias, otros centros geriátricos o sociosanitarios de larga duración). Sin embargo, otras fuentes elevan la importancia de la institucionalización. Según un informe del IMSERSO[11], en enero de 2004 había en España 266.392 plazas en residencias, distribuidas en 4.888 centros, lo que significa una ratio de 3,7 plazas por cada 100 personas de edad. Estas plazas no equivalen a personas institucionalizadas, pues se desconoce el nivel de ocupación. Pero, dada la elevada cantidad de residencias con listas de espera y la demanda existente, el número de personas que viven en una institución puede superar ampliamente la cifra de los estrictamente censados en alojamientos colectivos.

En los últimos diez años se ha producido un incremento continuo de personas mayores en institución. En 1994 existían 2.702 centros o residencias y en 2004 eran 4.888. Las plazas ofertadas han crecido en más de 100.000. Los datos censales también recogen un aumento de la población que reside en alojamientos colectivos.

La institucionalización aumenta notablemente a edades avanzadas y, consecuentemente, predominan las mujeres (tabla 9). En el tramo de edad de 65 a 69 años, menos de un 1% de los mayores está institucionalizado, pero a los 75 años ya se ha duplicado esa proporción y a los 85 años es ocho veces superior (seis de cada cien mayores), aunque es inferior a la media europea. El aumento del número y proporción de residentes respecto de su grupo de edad es un efecto lógico del declive del estado de salud.

---

[11] IMSERSO (2005b): *Las personas mayores en España. Informe 2004.*

Tabla 9 – Personas mayores institucionalizadas según sexo, edad y estado civil. En porcentaje. 2004

	Solteros	Casados	Viudos	Separados	Divorciados	Total
Sexo						
Hombres	29,8	24,2	38,2	4,5	3,4	100
Mujeres	20,9	5,6	70,8	1,4	0,7	99
Edad						
De 65 a 69 años	50,0	0,0	22,7	9,1	18,2	100
De 70 a 74 años	55,4	7,1	35,7	0,0	1,8	100
De 75 a 79 años	25,5	20,2	43,6	7,4	3,2	100
De 80 a 84 años	18,1	10,9	68,1	2,2	0,0	99
De 85 a 89 años	17,6	9,3	70,3	1,1	0,5	99
De 89 a 94 años	17,1	10,3	72,6	0,0	0,0	100
Total	**23,5**	**11,0**	**61,2**	**2,3**	**1,5**	**100**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de IMSERSO (2005): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2004. Residencias.*

En España, uno de cada diez mayores tiene 85 o más años, pero en las residencias uno de cada tres residentes supera esa edad. Además, predominan las mujeres (dos de cada tres residentes). La tasa femenina duplica a la masculina: el 2,3% de las mujeres vive en alojamientos colectivos, frente al 1,1% de los varones.

La situación familiar y las redes y contactos familiares influyen en las probabilidades de ingresar en una residencia. Tener cónyuge reduce el riesgo de ingreso. De hecho, sólo el 11% de los residentes son casados, el 61,2% son viudos, el 23,5% solteros y el 3,8% separados o divorciados. El hecho de tener familia permite proveer cuidados directamente en casa a los que están en situación de necesidad, a menudo mediante la corresidencia.

La red familiar de las personas institucionalizadas difiere notablemente de la de las personas que viven en su casa: es más reducida, con lazos menos intensos, aunque el 82,6% confiesa que las relaciones son buenas o muy buenas. Más del 40% de los internos en una residencia no tiene hijos (o los ha tenido pero han fallecido, como en el 4,1% de los casos); sólo el 17,9% vive cerca (en el mismo barrio) de sus hijos y el 14,4% en la misma ciudad, pero lejos. Muchos no tuvieron hermanos o hermanas o no los tienen ya. Los contactos no son muy frecuentes: el 14,4% no recibe visitas, el 25,3% sólo una o dos al mes, el 29,4% tres o cuatro días al mes y el 25,6% ocho o más días al mes. La comunicación es más frecuente gracias al teléfono[12].

[12] IMSERSO (2005a).

El deterioro del estado de salud desempeña un papel importante en la decisión de trasladarse a una residencia; junto con la discapacidad, es el mecanismo desencadenante de esa decisión. También es determinante la insuficiencia de la ayuda disponible (informal o formal), la precariedad de recursos o incluso la inadaptación de la propia casa o el entorno en el que se mueve la persona de edad. El 26,5% de los mayores que residen en viviendas familiares tiene alguna discapacidad, cifra que se eleva al 62,7% entre los que viven en una residencia. Con la edad aumenta el riesgo de padecer una enfermedad crónica o algún tipo de discapacidad, y también de que alguno de los miembros de la pareja, que da estabilidad al hogar y a esa forma de convivencia en vivienda familiar, fallezca. Estas circunstancias elevan la probabilidad de acabar en una residencia y explican el hecho de que la población viuda y con discapacidad esté más representada en este tipo de opción residencial.

El perfil del mayor institucionalizado

Las personas de más edad, las mujeres, los solitarios, los no casados, los que no tienen hijos y los de baja renta y mayor fragilidad y discapacidad son y serán más frecuentemente institucionalizados. Las futuras generaciones de personas mayores modificarán este perfil de riesgo de institucionalización, lo que puede repercutir en un descenso de las tasas de institucionalización. Igualmente, si se confirma la tendencia a un retraso en la edad de entrada en discapacidad, las tasas de institucionalización pueden bajar y retrasarse a edades más avanzadas.

También puede modificar el creciente número de personas que viven en una institución el tratamiento que se dé al problema de la discapacidad y la dependencia. Si los poderes públicos articulan medidas para afrontar la dependencia con la filosofía de mantener a los dependientes en casa, con apoyo a las familias y a los servicios formales, se ralentizará el crecimiento de la institucionalización. También es posible que si las tasas de institucionalización continúan siendo bajas se reserven cada vez más las plazas para las personas con fuertes necesidades de cuidados, que suelen ser las de más edad. Una política de atención a las personas en situación de dependencia puede modificar la tendencia, hasta ahora creciente, del número de residencias y plazas ofertadas, o modificar los tipos y propiedades de las mismas, especializando aún más las residencias de asistidos.

2. Relaciones familiares. Una familia, varios techos

Las solidaridades familiares no se acaban en la forma de convivencia y corresidencia, sino que se confirman en otros tipos de relación y solidaridad: la proximidad y los contactos entre familiares. También aquí se

aprecia la fortaleza de los vínculos familiares intergeneracionales, más estrechos que en el modelo europeo. Algunas formas de ayuda o de responsabilidad filial hacia los padres mayores pueden llevarse a cabo en el ámbito de la proximidad y no necesariamente en corresidencia. Por ello, es primordial conocer la proximidad entre padres mayores e hijos como potencial fuente de ayuda y la red de contactos. Finalmente, la fortaleza del modelo familiar español o mediterráneo se plasma en los cuidados a los dependientes, una forma de transferencia de recursos (tiempo) y expresión de fuerte solidaridad familiar, frente al modelo europeo, que da mayor importancia a la asistencia formal (privada y pública). Pero este modelo representa una carga para los cuidadores y un factor de tensión familiar; la carga es a veces excesiva y el modelo familiar se resiente y reclama actuaciones de política social que lo mantengan con la pujanza tradicional.

2.1 Proximidad

La proximidad es un instrumento muy útil en las transferencias intergeneracionales, pues permite un elevado potencial de cuidados, mantener estrechos lazos familiares siguiendo la tradición cultural y crear una intimidad a distancia que permite autonomía e independencia, pero con la certeza y seguridad de un apoyo material y emocional próximo. Muchas veces explica la frecuencia y naturaleza de la interacción familiar. Con el incremento en la familia de las personas de edad, y las de mucha edad, la proximidad geográfica tiene una significación añadida. Incluso la composición del hogar pierde importancia si la red de proximidad es estrecha y permite contactos frecuentes.

La proximidad depende obviamente de la disponibilidad de familiares. Aunque la baja fecundidad va originando generaciones más pequeñas, el número de generaciones coexistentes dentro de la misma familia ha aumentado en las últimas décadas. Como los mayores actuales tuvieron tasas de fecundidad altas, el tamaño de las generaciones y la disponibilidad de familiares siguen siendo considerables.

Esta disponibilidad posibilita un potencial de relaciones, contactos y cuidados. Sin embargo, para algunos autores, el descenso masivo de la corresidencia ha significado una “modernización” de los sistemas de apoyo, entendiendo por ello una disminución de la ayuda informal y un incremento en los cuidados y servicios formales. Este descenso de la corresidencia es interpretado por otros como una mayor intimidad a distancia, que parece ser la forma de vida preferida.

Pero España destaca también, respecto a la Europa central y nórdica, con un modelo propio en ese proceso de “modernización” y en la organización de las solidaridades, la de corresidencia y la de proximidad. Es

el país europeo donde los hijos viven más cerca de sus padres mayores. Uno de cada tres europeos de 50 y más años declara que al menos un hijo vive en el mismo hogar. Sin embargo, la proporción es del 50% en España e Italia. A partir de los 65 años se repite el modelo, aunque con cifras algo más bajas (aumenta el número de hijos emancipados). Si se añade la categoría de residir en el mismo edificio, las proporciones siguen siendo significativas y diferencian el norte y el área meridional. A los 80 años se mantienen todavía estos patrones, muy distintos de los del resto de Europa. A esa edad, la cifra de los mayores que viven en casa de un hijo o en el mismo edificio es inferior al 6% en Suecia, Holanda o Dinamarca, mientras que en España alcanza el 40,8%.

La red familiar, el substrato cultural, la menor movilidad de los españoles a lo largo de su ciclo de vida, la tardía emancipación de los hijos y las escasas dotaciones residenciales que pudiesen dispersarlos mantienen a los mayores españoles cerca de la familia. Estos factores, muchos de ellos relacionados con el tardío desarrollo y progreso económico de nuestro país, se convierten ahora en ventajas al mantener una red familiar latente en las proximidades, en un momento del ciclo demográfico de fuerte envejecimiento y, por tanto, de mayor riesgo de dependencia y de necesidad de ayuda.

Los hermanos viven también relativamente cerca: el 27,3% de los mayores los tiene en el mismo barrio, pueblo o ciudad, pero no lejos; otro 19,2% reside en la misma ciudad, aunque lejos; un 3,3% vive con un hermano o hermanos. Así mismo, más de un tercio tiene un nieto en la misma casa, en el barrio o en la ciudad, pero cerca. Un 48% afirma tener cuñados viviendo cerca o en la misma ciudad[13]. Esto significa, por una parte, un potencial o disponibilidad para la organización de la ayuda informal y, por otra, que la familia sigue siendo la principal fuente de ayuda a los mayores.

La fórmula de "intimidad a distancia" es la preferida por la población mayor española, ya que implica un mantenimiento de la estructura de poder de estas generaciones, al menos en su ámbito doméstico y de intimidad. Al mismo tiempo, asegura una potencial red de apoyo emocional y material. Además, este modo de vida les permite mantener sus habituales redes de relaciones y contactos.

Según el Eurobarómetro 37.2 de 1992, sobre actitudes hacia los mayores, las personas de edad suelen mostrar un mayor deseo de proximidad a los hijos en los países del sur que en los del norte de Europa. Los valores culturales desempeñan un papel importante en este patrón de proximidad. Estas diferencias norte-sur también podrían estar causadas por la estructura del mercado de la vivienda o el empleo, aunque los aspectos

[13] IMSERSO (2005a).

idiosincrásicos y la potencia de los sentimientos de reciprocidad parecen tener bastante fuerza.

La proximidad puede ser debida a las necesidades económicas y asistenciales de los hijos o a las carencias económicas y de salud de los padres. Puede ser un sustituto de la corresidencia. El debilitamiento de la salud de los mayores se considera un factor desencadenante de la corresidencia o la proximidad de un adulto a sus hijos. Pero, con el aumento de los hogares en los que ambos cónyuges participan en el mercado de trabajo, ha ido adquiriendo también importancia el cuidado de los nietos por parte de los abuelos. Así, la proximidad es decisiva para la realización de estas tareas o las relacionadas con las necesidades de cuidados a los padres de edad.

Desplazamientos residenciales por motivo de proximidad

Vivir en proximidad o en corresidencia implica a veces un movimiento por parte de los padres o de los hijos. La proximidad de los mayores a sus hijos es claramente consecuencia de comportamientos migratorios: desde una corresidencia inicial (al nacer los hijos) se pasa a un alejamiento cuando éstos abandonan el hogar y de nuevo a la proximidad o corresidencia, lo que refleja las cambiantes necesidades y recursos de ambas generaciones, la de los padres y la de los hijos. Pero la evolución actual del mercado de la vivienda, con precios extraordinariamente elevados, puede alterar este modelo de "una familia, varios techos", en el que la proximidad es esencial, porque se dificulta el acercamiento de padres e hijos, tan útil en el intercambio de cuidados y en el mantenimiento de la independencia residencial.

La proximidad y la corresidencia suelen indicar dos diferentes niveles o expectativas de gravedad de la dependencia; cuando las limitaciones son severas, se puede producir también el ingreso en una institución. Algunos autores han estudiado las características de estos desplazamientos de proximidad. Los padres con más recursos (económicos, materiales o por el hecho de ser más jóvenes o tener cónyuge) viven cerca de los hijos con menor frecuencia que los padres con menos recursos. Cuantos más hijos tenga la persona mayor, con más probabilidad residirá cerca de alguno. En España, las personas con menor formación y nivel educativo, que suelen tener además menos recursos económicos y materiales, presentan un patrón de desplazamientos más apegado a la red familiar, que para ellos es a veces el único recurso a edades avanzadas.

2.2 Frecuencia de los contactos

Los lazos intergeneracionales dentro de la estructura familiar vertical no se han debilitado con el paso del tiempo. Incluso pueden ser más

prolongados, pues hay más tiempo compartido o co-biografía entre padres mayores e hijos, y aun entre miembros de otras generaciones. El contacto con la familia (principalmente con hijos y nietos) es un elemento destacado de la calidad de vida para muchas personas mayores.

Los cambios estructurales en las redes familiares (menor tamaño, más distancia entre padres e hijos) no reducen necesariamente su importancia. Los modernos medios de comunicación facilitan estos contactos. Esto permite una de las solidaridades entre los miembros de la familia: la asistencia o apoyo emocional, con la potencial prestación de ayuda y consejo para problemas personales; es decir, relaciones afectivas, y no sólo las instrumentales que requieren corresidencia o proximidad.

La cantidad de contactos (presenciales o por teléfono) que las personas mayores tienen con sus familiares es un indicador importante de su integración dentro de la familia y también del potencial de asistencia y apoyo material y emocional del que disponen.

El proceso de urbanización y el crecimiento industrial español de los años sesenta, con una mayor movilidad geográfica de los hijos respecto de sus padres y del resto de los miembros de la familia, son los principales factores que explican una mayor distancia entre los miembros de generaciones familiares (y una posible reducción de los contactos presenciales desde hace unas décadas entre padres e hijos). Por tanto, no se puede hablar de pérdida de importancia de la red familiar, pues lo que realmente se produce es un cambio en las formas, quizá con menos presencia y más contactos a distancia. Cuanto mayor es el desarrollo económico del país, más cambios se producen en las formas. A pesr de todo esto, se pueden mantener relaciones estrechas a grandes distancias.

La frecuencia de los contactos entre padres e hijos repite el patrón de proximidad de residencia: es mayor en los países meridionales que en los del centro y norte de Europa. Por ejemplo, ocho de cada diez españoles de 80 y más años contactan diariamente con un hijo o hija, frente al 29,1% en Holanda, el 33,1% en Suecia y el 59,4% de media en los países analizados (tabla 10).

El contacto diario decrece según aumenta la edad y asciende al final de la vida. Entre los 50 y 59 años, el 70,8% de la población europea contacta a diario con algún hijo, cifra que desciende al 56,2% entre los 70 y 79 años y que se vuelve a incrementar a partir de los 80 años. Esta misma tendencia se observa en España, pero acentuada: entre los 50 y 59 años, el 92,3% contacta diariamente con un hijo, el porcentaje desciende al 76,6% entre los 70 y 79 años y vuelve a ascender al 80,9% a partir de los 80 años.

Varones y mujeres tienen diferentes comportamientos con los hijos. El contacto de éstas aumenta con la edad mientras que decrece el de los varones, tanto en España como en el conjunto de los países del estudio,

Tabla 10 – Frecuencia de los contactos con el hijo más contactado por grupos de edad. En porcentaje. 2004

	De 50 a 59 años		De 60 a 69 años		De 70 a 79 años		De 80 y más años	
	Europa (*)	España	Europa (*)	España	Europa (*)	España	Europa (*)	España
Diariamente	70,8	92,3	59,3	86,3	56,2	76,6	59,4	80,9
Varias veces a la semana	16,7	3,9	24,5	10,5	25,4	14,6	25,4	16,7
Una vez a la semana o cada dos	9,0	2,6	12,3	3,0	15,0	7,2	12,6	1,5
Una vez al mes o menos	2,5	0,6	2,9	0,2	3,1	1,7	2,3	0,0
Nunca	1,0	0,6	0,9	0,0	0,2	0,0	0,4	1,0
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

(*) Incluye Alemania, Austria, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Holanda, Italia, Suecia y Suiza.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de Börsch-Supan, A. *et al.* (eds.) (2005): *Health, ageing and retirement in Europe - First results from the survey of Health, ageing and retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the economics of aging.

aunque siempre son más intensas las relaciones en el modelo español. Es posible que el estado civil y las condiciones de salud expliquen esa diferencia.

Si se amplía el análisis al conjunto de contactos con algún miembro de la familia, se esclarecen aún más las características de las relaciones familiares. Casi la mitad de los mayores españoles (49,7%) suele ver todos o casi todos los días a algún familiar (tabla 11). Las mujeres declaran verse y hablar a diario con miembros de su familia (52,4% y 46,1%, respectivamente) más que los varones (40,2% y 23,6%). Sin embargo, los hombres afirman tener mayor contacto presencial con los amigos que las mujeres, incluso más que con los familiares: el 53,7% ve a diario o casi a diario a sus amigos y sólo el 46,1% a sus familiares. En cierto modo, se reproducen las redes previas a la edad de jubilación: los varones más próximos a los amigos y compañeros del trabajo y las mujeres más proclives al mantenimiento de los lazos familiares.

Uno de cada tres mayores habla por teléfono a diario o casi a diario con sus familiares, especialmente las mujeres. A pesar de lo comentado sobre el desarrollo de los medios de comunicación, las personas mayores españolas mantienen más el contacto personal con sus familiares y amigos que a distancia. Otro tercio de los mayores declara que habla por teléfono con sus familiares una o dos veces por semana. Sólo uno de cada diez afirma hablar con los amigos diariamente. La relación a distancia parece ser más estrecha con los familiares que con los amigos.

Con la edad, aumentan los contactos telefónicos y se reducen los presenciales. Esta evolución está motivada posiblemente por el aumento paralelo de las limitaciones funcionales y las restricciones en la movilidad. Las personas dependientes son vulnerables a bajos niveles de contacto,

Tabla 11 – Frecuencia de los contactos de las personas mayores con familiares y amigos según sexo y tipo de contacto. En porcentaje. 2004

	Contacto presencial			Contacto telefónico		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Familiares						
Todos o casi todos los días	46,1	52,4	49,7	23,6	40,2	33,1
Una o dos veces por semana	28,8	29,0	28,9	35,0	32,4	33,5
Una o dos veces al mes	11,3	8,1	9,5	16,3	11,7	13,7
Con menor frecuencia	12,2	8,8	10,3	20,0	10,2	14,4
No tiene	1,1	1,6	1,4	1,3	1,2	1,3
No contesta	0,5	0,2	0,3	3,8	4,3	4,1
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Amigos						
Todos o casi todos los días	53,7	42,6	47,4	8,4	12,4	10,7
Una o dos veces por semana	20,2	22,3	21,4	12,4	18,0	15,6
Una o dos veces al mes	7,2	6,8	7,0	12,9	10,4	11,4
Con menor frecuencia	13,2	16,4	15,0	51,7	41,2	45,7
No tiene	4,9	10,3	8,0	7,1	9,3	8,4
No contesta	0,7	1,8	1,3	7,6	8,7	8,2
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de IMSERSO (2005): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2004.*

porque tienen limitadas sus oportunidades de participación social. Precisamente, la discapacidad para la movilidad es la más extendida entre la población mayor. Las mujeres son más sensibles a este deterioro que los varones. Las mujeres que viven solas presentan también un mayor contacto telefónico.

Las personas con niveles educativos altos parecen compensar telefónicamente su menor contacto presencial, quizá porque existe también más distancia física. El 45,2% de los españoles de edad que tienen estudios superiores ve a diario a algún familiar, frente al 59,1% de los analfabetos. Las visitas escasean según se asciende en la escala cultural. Las personas mayores con menos recursos parecen valorar más los lazos familiares personales directos. El 48,4% de los mayores con estudios universitarios habla por teléfono a diario con algún familiar, algo que hace sólo el 25% de los analfabetos. Este patrón se repite en Europa. A mayor nivel cultural, menor frecuencia de contactos, circunstancia que se acentúa en el caso de las mujeres. También se ha comprobado en otros estudios que los niveles sociales más bajos suelen derivar en un mayor contacto entre padres e hijos.

Por tipo de hábitat, las personas que viven en los municipios grandes usan más el teléfono que las que residen en los pequeños. Por el contrario, el contacto presencial es mayor en los municipios pequeños que en

los grandes. Las distancias y las barreras urbanas son restricciones para las redes familiares.

No existe un patrón muy definido de contactos según el tipo de convivencia, pero parece que los mayores que viven solos ven a sus familiares y hablan por teléfono con ellos más que la media, sobre todo las mujeres (un 47,6% frente al 22,5% de los hombres, con una red familiar algo más debilitada).

Independientemente de la mayor o menor frecuencia de contactos presenciales o a distancia, los mayores se encuentran satisfechos o muy satisfechos de sus relaciones familiares (92,8%) y amistosas. Este sentimiento es menor en los varones, según se incrementa la edad o aparece la soledad residencial. No es ajeno a ello el hecho de que según van cumpliendo años van desapareciendo familiares y amigos, por lo que su red presencial o a distancia se va reduciendo también.

Los hermanos son también una fuente de contacto y de apoyo emocional, aunque menos frecuente que con los hijos. En España, con una fecundidad históricamente elevada, los mayores tienen la más alta proporción de hermanos y hermanas de Europa; el 95,7% de los mayores españoles ha tenido hermanos, frente al 88,2% de la media europea. Los vínculos entre hermanos son potencialmente los lazos familiares de mayor duración, aunque no sean los más estrechos; lógicamente, con la edad desciende el número de hermanos supervivientes. Un 6,5% de los mayores declara que sus hermanos ya han muerto y un 26,6% dice que viven en otra ciudad. Las relaciones entre hermanos son menos intensas que las de padres e hijos al final de la vida y están más desvinculados en situaciones de necesidad de ayuda.

Los hermanos también sirven como continuidad del pasado, anclas para la identidad personal, historias de vida, biografía y experiencias compartidas. Las relaciones entre hermanos suelen tener altibajos a lo largo de la vida: intensas en la infancia, débiles en la edad adulta para volver a estrecharse en edades avanzadas.

2.3 Los cuidados, una forma de relación y transferencia intergeneracional

Los cuidados y la ayuda provistos por la familia son el mejor ejemplo de solidaridad entre generaciones y la expresión más clara de lo que se entiende por familia vertical o vínculos familiares verticales, pues buena parte de esa solidaridad fluye de los hijos hacia los padres. Estos cuidados constituyen la solidaridad funcional por excelencia. Es el apoyo más agradecido por las personas de edad, pero es la tarea que mayores consecuencias negativas puede presentar, por desgaste de los cuidadores y deterioro

de las relaciones familiares; además, es un modelo de atención (y carga) protagonizado fundamentalmente por las mujeres.

El repaso de las solidaridades familiares estructurales (corresidencia, proximidad) y asociativas (contactos) permite delinear un modelo de familia española con fuertes vínculos, al igual que en los demás países del sur de Europa, en contraste con los países nórdicos y centroeuropeos, con lazos más débiles. Las personas mayores de países como España tienen todavía una amplia red familiar, pues pertenecen a generaciones con altas tasas de fecundidad y estructuras familiares de atención y relación más tradicionales.

En cambio, las cohortes españolas jóvenes siguen una tendencia similar a la de los otros países europeos en comportamientos reproductivos (declive de la fecundidad), en nivel educativo (las mujeres superan a los varones) y en integración en el mercado laboral (crecientes tasas de ocupación femenina que continuarán aumentando en el futuro). Pero, en la prestación de cuidados, la distribución por sexo se aleja del patrón europeo y parecen ralentizarse los cambios. La mujer española sigue teniendo un gran protagonismo con respecto a los varones y en comparación con los otros países europeos. Se han "modernizado" algunos aspectos de la vida de las generaciones (fecundidad, formas familiares, nupcialidad, divorcio), pero no el modelo de cuidados, que permanece centrado en la familia y en la relación preferente hija-padres.

Esto refleja una dualidad de patrones en España. Por una parte, la mujer trabaja por la equidad en la educación, el trabajo, la vida social y, por otra, persiste el modelo de provisión de cuidados a los padres mayores, basado en el sistema tradicional, cuando la función de la mujer en el hogar y la familia se centraba en los papeles reproductivos. Este modelo dual sufre tensiones y está en crisis, por lo que se necesitan soluciones, alternativas o intervenciones de los poderes públicos.

Los abuelos como fuente de provisión de cuidados

La familia sigue siendo la unidad de referencia para los mayores, tanto a la hora de recibir cuidados como de ser objeto de su solidaridad. A menudo se piensa en las personas mayores como simples consumidoras de servicios (sanitarios, sociales, etc.) y se olvida la labor que realizan como cuidadores de otros miembros de la familia. Los mayores prestan importantes servicios sociales que facilitan la integración de sus hijas en el mercado laboral, el cuidado de sus nietos en una sociedad en la que escasean las plazas de guardería e incluso atienden la dependencia de sus parejas también ya mayores.

El 22% de las personas dependientes es cuidado por su cónyuge, también una persona mayor. En estos casos, las consecuencias de los cuidados

sobre la salud del cuidador pueden ser muy graves, pues en un 15% de las situaciones el propio cuidador es a su vez una persona que sufre alguna discapacidad, lo que empeora la salud del cuidador y disminuye la calidad de vida de la persona dependiente[14].

Aproximadamente ocho de cada diez mayores tienen hijos y nietos. Un elevado porcentaje de ellos ha ayudado o ayuda en la actualidad a sus hijos en el cuidado de sus nietos pequeños, mientras sus padres trabajan. Un 48,5% lo ha dejado de hacer porque sus nietos han crecido o una discapacidad se lo impide (casi uno de cada tres de los que han cuidado antes tienen ahora limitaciones funcionales). Un 26,6% cuida en la actualidad[15].

Los abuelos que viven en soledad han desempeñado un papel importante anteriormente. Quizá ahora sean muy mayores o tengan alguna discapacidad, aunque leve o moderada, que les impide seguir con sus tareas de cuidadores. Los mayores porcentajes de abuelos cuidadores en la actualidad se dan entre los que viven en pareja y con algún hijo o hija en la misma casa. La proximidad permite el cuidado, aunque la persona mayor tenga alguna limitación.

Los dependientes. Cuando las personas mayores necesitan ayuda

Pero el flujo de la ayuda familiar relacionada con personas mayores suele ir de abajo hacia arriba, desde los hijos (realmente hijas) a sus padres. En nuestro *Informe España 2001*[16] se destacaba la importancia de la familia en el modelo de atención a los mayores dependientes, a pesar de su invisibilidad y falta de reconocimiento. Quedó patente su fortaleza como principal fuente de atención, de potencial disponibilidad y de rapidez de respuesta.

Los cambios en la estructura de los hogares afectan y afectarán directamente a las formas de asistencia y cuidados. La aparición de la dependencia obliga a la familia a realizar adaptaciones a las nuevas situaciones de convivencia, intentando preservar la independencia y autonomía de los mayores, mantenerlos en su casa, evitando la institucionalización o reagrupándolos en casa de los hijos o bajo otras formas de convivencia. Las formas de convivencia y los tipos de intercambios intergeneracionales están relacionados.

---

[14] INE (2000): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999*.

[15] IMSERSO (2005a).

[16] Véase Fundación Encuentro (2001): "La dependencia entre los mayores", en *Informe España 2001*. Madrid, 197-246.

Estudiar la solidaridad intergeneracional a través del tiempo invertido en cuidados materiales y emocionales es una manera de conocer la fortaleza de los vínculos familiares intergeneracionales. El grado de cohesión intergeneracional denota una gran fortaleza. Esto se comprueba por el dato de que el 80% de la ayuda a dependientes es informal, sobre todo familiar. Aún es más patente si se añaden otras dimensiones de la solidaridad, como los contactos, la proximidad o la corresidencia. La solidaridad intergeneracional en la familia parece mantenerse básicamente bajo formas tradicionales, a pesar de que el 41,4% de los mayores cree que los hijos atienden peor a los padres que antes, frente a un 28,9% que opina que igual y un 6,8% que mejor[17].

❒ ***Quiénes son y con quién viven***. El 26,5% de los mayores españoles tiene alguna discapacidad que le impide realizar con normalidad las actividades de la vida diaria. Las mujeres tienen tasas de prevalencia del 32,3% y los varones del 18,7% (tabla 12). Si a los 65 años la tasa de discapacidad es del 8,8%, a partir de los 80 años uno de cada dos mayores padece alguna discapacidad; de éstos, el 80,9% arrastra al menos tres discapacidades diferentes[18].

Tabla 12 – Personas mayores con alguna discapacidad según sexo y edad. En porcentaje. 2004

	Porcentaje	% de discapacitados con 3 o más discapacidades		Hombres	Mujeres	Total
De 65 a 69 años	8,8	52,9				
De 70 a 74 años	20,9	52,7	De 65 a 79 años	12,4	23,9	18,9
De 75 a 79 años	29,9	67,4				
De 80 y más años	51,4	80,9	De 80 y más años	41,4	58,0	51,4
Total	**26,5**	**69,1**	**Total**	**18,7**	**32,3**	**26,5**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de IMSERSO (2005): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2004.*

[17] IMSERSO (2005a).

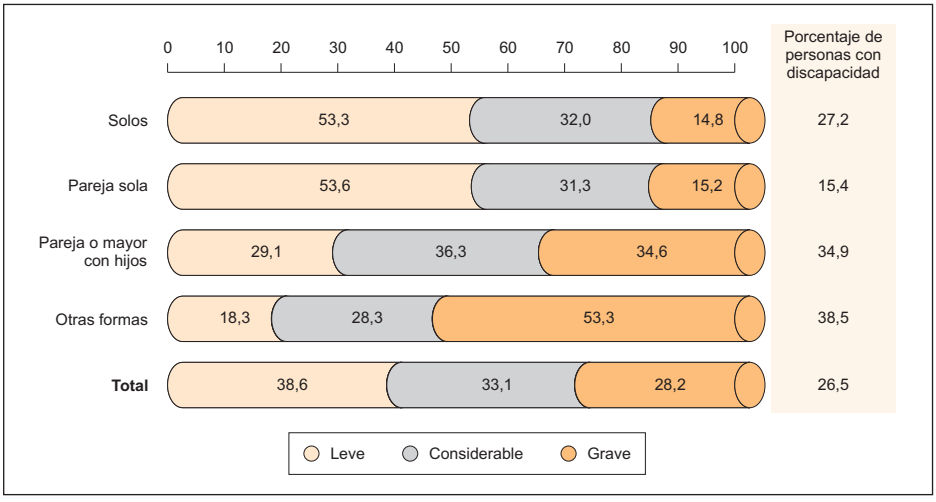
[18] Las diferencias existentes en las tasas de prevalencia con otras encuestas están motivadas por la forma de preguntar por las limitaciones. En la *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2004* se preguntó por 18 actividades, siete básicas o fundamentales, de cuidado personal, que afectan directamente a la autonomía personal (comer, vestirse/desvestirse, asearse/arreglarse, andar por la casa, levantarse/acostarse, bañarse/ducharse y utilizar el retrete) y once actividades instrumentales, necesarias para el manejo del hogar y que requieren tomas de decisiones algo más complejas (hacer la compra, preparar la comida, hacer tareas domésticas, tomar la medicación –control–, utilizar el teléfono, salir a la calle/desplazarse, utilizar el transporte público, administrar el dinero, hacer gestiones, ir al médico y abrocharse los zapatos).

❒ ***Hogares y discapacidad.*** Las mayores tasas de discapacidad entre las personas de edad se encuentran entre quienes viven en hogares con hijos (34,9%) y los que conforman otras formas de convivencia (38,5%). Las personas mayores que viven solas y tienen alguna discapacidad representan el 27,2%. Las tasas más bajas (15,4%) se producen en los hogares donde vive la persona mayor con su cónyuge, pues son generalmente personas más jóvenes (gráfico 5).

Discapacidad y gravedad se asocian estrechamente con el tipo de hogar, que, a la vez, presenta también un sesgo según sexo. Las mujeres, que suelen tener mayores tasas de discapacidad, son también las que viven en mayor medida en soledad (76,8%). Una menor gravedad en su situación funcional les permite esa forma de convivencia, con ayuda desde fuera del hogar.

En los hogares multigeneracionales, con hijos, en convivencia con otros familiares o con servicio doméstico, las tasas de gravedad se incrementan, porque son personas con grave severidad y mayor número de discapacidades; así, desarrollan la estrategia preferida, la reagrupación familiar; y si no es posible, buscan un apoyo formal permanente (empleado/a

Gráfico 5 – Personas mayores con discapacidad según severidad de la misma y tipo de hogar. En porcentaje. 2004



Nota: Se ha calculado un índice elemental de gravedad en función del número de discapacidades sufridas y la naturaleza de las mismas (básicas o instrumentales). Se considera discapacidad cuando la persona dice que necesita ayuda para realizar la actividad o no puede hacerla y otra persona tiene que hacerlo por ella. Así, la severidad de la discapacidad tiene diferentes grados: *grave* (personas con tres o más discapacidades para actividades básicas o fundamentales, independientemente del número de otras limitaciones para actividades instrumentales), *considerable* (personas con una o dos discapacidades para actividades básicas, independientemente del número de problemas para actividades instrumentales, y personas con cinco o más discapacidades para actividades instrumentales, aunque no tengan ninguna básica) y *leve* (personas con una a cuatro discapacidades en actividades instrumentales).

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de IMSERSO (2005): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2004.*

de hogar) o, como último recurso, se institucionalizan. Por ejemplo, en los hogares en los que la persona mayor convive con otras personas, generalmente empleados de hogar, el 53,3% de los mayores con discapacidad se consideran graves y sólo un 18,3% leves.

La discapacidad leve (53,3%) no impide que las personas mayores vivan solas. Los casos de mayor severidad que viven en soledad son cuidados por la hija (que suele vivir cerca), los servicios sociales, un empleado/a de hogar u otros familiares, por ese orden. La proporción de personas atendidas por los servicios sociales es mucho más elevada en los hogares solitarios que en los multigeneracionales, tanto en los casos graves como en los moderados. Además, se suele tratar de problemas para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, una o dos, principalmente. Por el contrario, los mayores que viven con sus hijos suelen presentar mayoritariamente dos discapacidades que afectan a actividades básicas o fundamentales, de cuidado personal. Los que viven en otras formas de hogares (con servicio doméstico u otros familiares) suelen tener tres y cuatro discapacidades para actividades básicas y muchas (siete o más) para actividades instrumentales, por lo que no pueden mantener la autonomía residencial y precisan cuidados continuos.

La aparente contrariedad de vivir en soledad y con discapacidad se matiza también por el tipo de discapacidad sufrida. Por lo general, la discapacidad afecta primero a las actividades instrumentales más relacionadas con la movilidad, sobre todo de las extremidades inferiores, que son las primeras que aparecen y las más numerosas. Esto repercute en tareas como utilizar el transporte público, hacer gestiones fuera, hacer la compra, ir al médico, salir y desplazarse por la calle. Es decir, los mayores se retraen primeramente en las actividades fuera del hogar. Después comienzan las dificultades para cuidar del hogar (hacer la comida, realizar tareas domésticas) y manejarse dentro del mismo. Finalmente, surgen los problemas para cuidar de uno mismo (asearse, bañarse, utilizar el retrete, andar por la casa, comer). La aparición de las dificultades en el cuidado de uno mismo se corresponde con el momento de máximo deterioro, pues se pierden las habilidades que permiten mantener la autonomía e independencia personal.

La discapacidad se asocia con la edad y con la forma de convivencia. Una persona mayor con menos edad que vive sola soporta los problemas de movilidad exterior y manejo de la casa con algo de ayuda externa. Cuando aparecen las dificultades para cuidar de uno mismo (higiene personal, etc.) resulta muy difícil vivir en soledad y se busca la reagrupación familiar u otra forma de convivencia. Es decir, forma de convivencia, entrada en discapacidad y tipo de discapacidad se asocian en un patrón cronológico que se agrava y cambia con la edad, dando lugar a desplaza-

mientos residenciales, cambios en la estructura del hogar o a la institucionalización.

Las respuestas a este patrón de discapacidad y convivencia deberían, por tanto, respetar o seguir esa lógica. Por ejemplo, las primeras discapacidades se resuelven con compañía, con sustitución (gestiones, administrar las finanzas, compras, etc.), con tareas domésticas de mantenimiento. Las discapacidades más severas requieren la presencia regular y más tarde continua de un cuidador en casa, en casa de los hijos o en una institución. Cuando se tienen problemas para levantarse/acostarse, utilizar el retrete, vestirse/desvestirse, andar por casa y comer, la necesidad de ayuda es muy frecuente y, a veces, continua e intensiva. Estas situaciones no se pueden mantener en hogares solitarios; suelen aparecer en hogares de pareja (donde el cónyuge, normalmente la mujer, realiza las funciones de cuidadora), pero sobre todo en hogares multigeneracionales con hijos (donde generalmente la hija realiza el papel de cuidadora principal) y en otras formas de convivencia (con otros familiares y, principalmente, con empleadas de hogar en el papel de cuidadora principal o al menos de mayor tiempo).

Quién cuida a los dependientes

Existe un patrón de cuidados bien definido, que se ha mantenido a lo largo de los últimos años, como se señalaba en el *Informe España 2001*. Las mujeres dependientes eran cuidadas por sus hijas, y si estaban casadas, por sus hijas y su marido. Los varones dependientes eran atendidos, en primer lugar, por su mujer, pues la mayoría estaban casados, y, después, por la hija. Esta predominancia de la hija es un rasgo más del sistema de atención informal español, que contrasta con el de otros países europeos, donde el principal cuidador es el cónyuge. En España, las hijas constituyen un soporte permanente, preventivo y complementario a los cónyuges. Es posible que en el futuro aumenten los varones cuidadores, y no sólo por los cambios en comportamientos y valores, sino también porque una mayor longevidad de los mismos conllevará compartir más situaciones de discapacidad de su esposa.

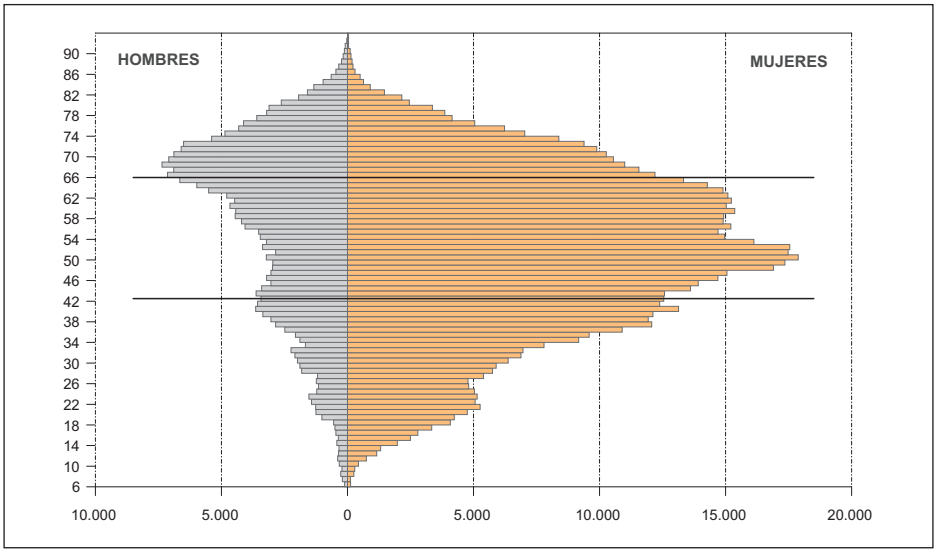
En 2004, el modelo se sigue repitiendo, aunque se observa una ligera mayor participación de los varones en los cuidados. Por tanto, la mujer, hija o cónyuge de varón con discapacidad, o hija de madre viuda o todavía casada, es el pilar de la ayuda, la cuidadora por excelencia, un auténtico centro de servicios para la familia, el principal vehículo de la solidaridad familiar; en concreto, la hija de edad intermedia que generalmente está fuera del mercado de trabajo. Cuando en ella concurre además que tiene un empleo e hijos no emancipados, la carga de los cuidados es muy alta y de negativas consecuencias para su vida y su salud.

Las políticas de apoyo público posiblemente se han organizado de forma que mantienen (u obligan a mantener) este patrón de cuidados, con la hija en el papel de cuidadora. Entre otras razones, porque esas políticas siguen siendo subsidiarias y no integrales, son escasas y tienen limitados recursos, y por desconocimiento de la realidad de los hogares donde viven los mayores o por la dificultad de instrumentar medidas operativas adaptadas a cada situación, a cada tipo de hogar y familia, que sean más equitativas.

En España, el perfil del cuidado es abrumadoramente femenino y se asocia también con algunas carencias: bajo poder adquisitivo, escaso nivel de instrucción, empleo a tiempo parcial o dedicación total a tareas domésticas, frecuentes problemas de salud, etc. Las mujeres cuidadoras, pertenecientes en su mayoría a la llamada "generación sándwich" (la que tiene entre 40 y 65 años de edad, aproximadamente), priorizan la responsabilidad como cuidadoras que les ha sido socialmente atribuida por encima de sus opciones laborales y personales. A veces, esto da lugar a un posible sentimiento de culpa y decepción ante el incumplimiento de las expectativas que creen que se han depositado en ellas (gráfico 6).

Si se conoce cómo es el hogar donde vive la persona mayor en situación de necesidad se puede profundizar en esa realidad y ofrecer elementos para articular políticas de apoyo más concretas, dirigidas y adaptadas a las necesidades, tipos de hogares y familia. Hasta ahora, las políticas

Gráfico 6 – Población dependiente en los hogares según sexo y edad de los cuidadores. 1999



Nota: Cuidadores que residen en el hogar.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE (2000): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999.*

de atención domiciliaria han obviado esas solidaridades estructurales; es decir, no han tenido en cuenta la forma en que se organiza la red familiar en torno al mayor dependiente (en convivencia o en proximidad). Posiblemente han priorizado a aquellos individuos o aquellas dependencias aparente y visiblemente más necesitadas –por ejemplo, personas que viven solas, aunque el nivel de necesidad sea el mismo que en otro hogar donde hay una hija–. Así, sin figurar formalmente entre sus criterios de selección, el reparto del beneficio social puede estar discriminando a los hogares por su composición, primando más a los solitarios, pues en ellos el abandono y el descuido tienen un efecto inmediato sobre la calidad de vida del dependiente, pero también generan más alarma social.

❒ ***El patrón del cuidado.*** Como se ha dicho, la familia asume la mayor parte de la responsabilidad del cuidado. En el 53,2% de los casos de discapacidad entre personas mayores, una hija está implicada en los cuidados, bien como cuidadora principal o bien como secundaria (tabla 13); aún más, en el 37,9% de las situaciones es la persona que en mayor medida ayuda en las actividades de la vida diaria y en un 24,8% es la segunda

Tabla 13 – Personas que cuidan en mayor medida de los dependientes según tipo de hogar. En porcentaje. 2004

	Solos	Pareja sola	Pareja o mayor con hijos	Otras formas	Total	Total multirrespuesta (*)
Nadie, necesita ayuda, pero no la tiene	4,1	2,7	1,7	3,3	2,6	2,7
Cónyuge/pareja	0,0	58,0	9,8	11,7	17,9	21,2
Hija	33,6	18,8	57,3	6,7	37,9	53,2
Hijo	14,8	2,7	16,2	5,0	11,9	24,4
Nuera	4,1	1,8	4,7	0,0	3,4	7,6
Yerno	0,8	0,0	1,3	0,0	0,8	5,1
Nieto	0,8	0,0	0,4	0,0	0,4	3,6
Nieta	3,3	0,9	0,4	3,3	1,5	6,1
Otros familiares	7,4	0,0	0,0	21,7	4,1	8,1
Vecinos/as, portero/a	8,2	0,0	0,0	1,7	2,1	3,2
Amigos/as	0,0	0,9	0,0	1,7	0,4	1,5
Empleado/a del hogar	5,7	5,4	5,1	38,3	9,0	12,9
Empresa de servicios sociales privada	1,6	0,9	0,4	0,0	0,8	1,1
Servicios sociales (trabajador/auxiliar)	12,3	3,6	1,3	3,3	4,5	7,4
Otra persona	2,5	1,8	0,4	3,3	1,7	3,0
NS/NC	0,8	2,7	0,9	0,0	1,1	1,1
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**162,2**

(*) Persona que cuida en mayor medida y segunda persona cuidadora.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de IMSERSO (2005): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2004.*

respecto de otro cuidador. La distribución por edad marca claramente las diferencias de sexo y el colectivo que soporta la carga: mujeres de 40 a 64 años fundamentalmente.

El hijo varón es un cuidador secundario; realiza tareas de apoyo al cuidador principal o directamente al dependiente en actividades de asistencia, muchas veces instrumentales; así, los hijos varones constituyen el 11,9% de los cuidadores principales y el 20,5% de los secundarios. Esta diferente estructura de las cifras (dedicación y edad) entre hija e hijo muestra, en primer lugar, la intensidad del apoyo intergeneracional y, en segundo, la discriminación por sexo, pues las hijas cuidan en una proporción muy superior a los hijos. Además, describe las circunstancias en las que se desarrolla ese apoyo: muchas de esas hijas son mujeres que nunca trabajaron en el mercado laboral, aunque tienen que atender a sus diferentes papeles (esposa, madre y llevar el hogar); en otros casos, trabaja también fuera del hogar, con lo que su nivel de sobrecarga es muy elevado.

La transferencia del recurso "cuidado" hacia los dependientes presenta una significativa diferenciación según el tipo de hogar. En los hogares solitarios, la ayuda procede de la hija, que normalmente vive cerca. En uno de cada tres hogares es la cuidadora principal (33,6%) y en el 14,5% de los casos es la cuidadora secundaria. La ayuda formal, como los servicios de una empresa o los servicios sociales, es la más importante en todos los tipos de hogar, después del cuidado recibido de la hija.

En los hogares donde vive una persona dependiente en pareja, la ayuda procede generalmente del cónyuge (58% de los casos como cuidador principal), mujer sobre todo, pero el número de varones cuidadores es alto. La hija tiene nuevamente un destacado protagonismo, pues casi uno de cada cinco dependientes es atendido por ella desde fuera del hogar. El servicio doméstico o los servicios sociales tienen una escasa relevancia.

En los hogares multigeneracionales, cuando la persona mayor vive con alguno de sus hijos, destaca sobremanera el papel de la hija. Es el modelo más repetido, pues casi la mitad (44,2%) de los mayores dependientes viven en la casa de alguno de sus hijos, generalmente una hija. Es el paradigma de la familia cuidadora. En este tipo de hogar, el 57,3% de los mayores dependientes tiene como cuidadora principal a su hija y en un 25,1% es la cuidadora secundaria. Los servicios sociales apenas tienen presencia.

En otras formas de convivencia, los servicios de cuidados de larga duración comprados en el mercado (sobre todo, empleadas de hogar) constituyen la forma predominante cuando la persona de edad vive con otras personas, otros familiares o incluso con la persona empleada que le cuida, sola o acompañada de otras personas. Un 38,3% de estos empleados son los cuidadores principales (que suelen ocuparse de casos graves), con pre-

sencia de otros familiares, la hija (también con ligera tendencia a cuidar casos graves) y, finalmente, los servicios públicos en casos menos graves.

Este modelo plantea una doble contradicción: primera, en el mercado, ya que ofrece una retribución reducida por un trabajo altamente demandado; y, segunda, en la calidad del cuidado, pues es un trabajo que requeriría una formación específica con la que, generalmente, los cuidadores no cuentan. Sin embargo, este hecho se acepta sin mayor resistencia. Esto parece demostrar que el mercado de los cuidados no sigue la misma lógica que el resto del mercado laboral, posiblemente porque este trabajo aún no está suficientemente reconocido. Además, en la atención formal (servicios comprados en el mercado) destaca el papel de la inmigración extranjera, especialmente latinoamericana, que cubre extensamente la demanda de cuidados, algo que las encuestas aún no registran plenamente.

❒ ***Servicios sociales y hogares.*** Los servicios sociales, escasos si se comparan con los existentes en el resto de los países europeos, pueden estar discriminando a los hogares por su forma de convivencia, escogiendo sus actuaciones más que por un criterio estricto de gravedad por razón de disponibilidad y buena voluntad de los cuidadores informales, que cubren las necesidades de buena parte del colectivo de personas dependientes, sin tener en cuenta las consecuencias que la carga del cuidado puedan tener para éstos. Esta dedicación de los cuidadores informales permite que los servicios sociales se centren en otros objetivos. De donde se infiere, entre otros motivos, su carácter subsidiario, que demanda una expansión de los servicios sociales para compensar lagunas y garantizar una mayor equidad en el reparto del beneficio social.

El mayor esfuerzo de los servicios sociales, asumiendo la responsabilidad de cuidadores principales o secundarios, se dirige a los hogares solitarios, donde es más visible y limitante la discapacidad. Donde menos se invierte es en los hogares donde viven hijas o hijos, quienes suelen realizar ese papel de cuidador principal y a veces único. Más del 50% de las atenciones de los servicios sociales se centran en los hogares solitarios, cuando sólo representan el 23% de todos los hogares con alguna persona en situación de necesidad. Esta diferencia en la distribución del cuidado formal público entre tipos de hogares es más significativa si se recuerda que la gravedad de las personas con discapacidad en los hogares solitarios alcanza el 14,8% de los casos, una cifra elevada al tratarse de personas solas. Pero, en los hogares con hijos, el 53,3% de los casos son graves. Es decir, la mayor concentración de situaciones de gravedad se corresponde con una menor dedicación de los servicios sociales y una mayor implicación de la hija, mujer de edad intermedia entre 40 y 65 años.

El carácter de subsidiariedad de los servicios públicos se manifiesta en el tipo de hogar en el que actúan: sobre todo en hogares solitarios, don-

de la visibilidad social o "alarma" que provocaría el abandono es mayor; buscan quizá la inmediatez, provocada por la soledad y por su visibilidad ante las esferas asistenciales, y evitar la institucionalización (suele ser más cara, no hay suficientes recursos y, además, no es una estrategia residencial deseada). Para ellos se adecua el servicio de atención a domicilio. En la asistencia a casos graves, que requieren una dedicación continua y costosa, habría que considerar el hecho de que una institucionalización resultaría menos gravosa económicamente, aunque vaya contra las preferencias de los individuos.

Existen otras trabas que explican a veces la no utilización de los servicios sociales públicos. Por un lado, barreras de información y accesibilidad: las personas no saben que existen determinados servicios ni que tienen derecho a solicitarlos, desconocen cómo y dónde hacerlo, o la solicitud es demasiado compleja para personas muchas veces muy mayores y con escasos recursos formativos, o es excesivamente trabajosa para el cuidador de una persona dependiente que requiere una gran dedicación en horas de cuidados; además, muchas veces la persona cuidadora cree que se basta ella sola o la persona dependiente confía exclusivamente en ella. Por otro, existen barreras geográficas: no actúan donde deberían por su desigual localización u otras constricciones espaciales; los municipios pequeños, por ejemplo, están en desventaja respecto de los grandes, y unos barrios respecto a otros en las grandes ciudades. Los ayuntamientos del medio rural no disponen del suficiente poder económico para atender las situaciones de dependencia y las redes que pueden establecer no son tan rentables como en el medio urbano, donde la escala o tamaño significa una ventaja.

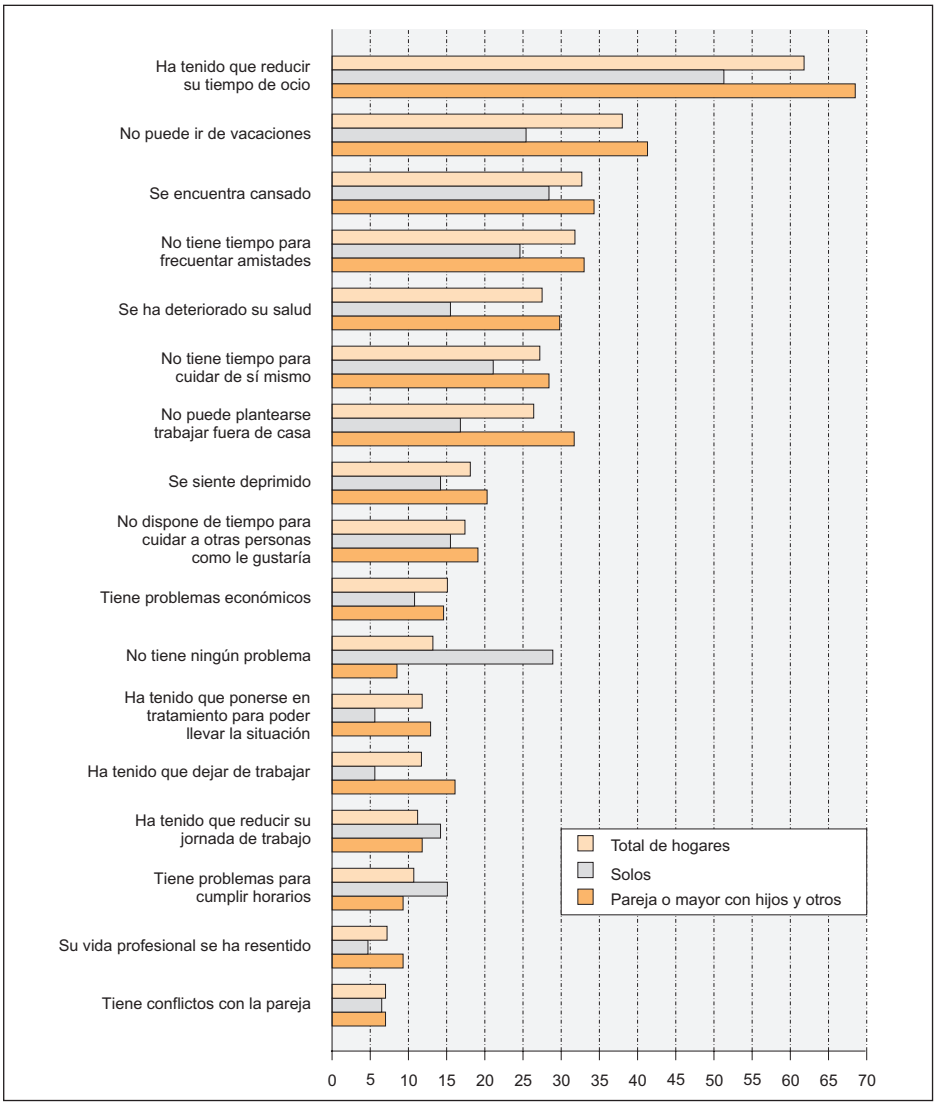
Los servicios públicos se aprovechan también de la existencia de una fuerte solidaridad familiar. Esto les permite centrarse en otros objetivos, en otros casos, donde no existe esa solidaridad estructural o donde no hay solidaridad asociativa. Su poca extensión (falta de recursos públicos) les hace actuar de forma sesgada, obviando o descuidando hogares donde se necesitaría más su apoyo, bien al dependiente, bien al cuidador, pero a los que habría que llegar con otras estrategias y otros protocolos de actuación.

La fortaleza de los vínculos familiares en el modelo de familia mediterránea parece que ralentiza el desarrollo de los cuidados formales, especialmente su provisión por el sector público. Los cambios demográficos y sociales en la estructura de la familia tensionan este modelo y lo hacen cada vez menos viable. Precisamente, para conservar la riqueza de la familia que transfiere recursos (soporte emocional, material, económico y cuidados, cuando se precisan) hay que apoyar a esta institución: la solidaridad pública debe fortalecer la solidaridad privada familiar.

2.4 La carga del cuidado

Las consecuencias sufridas por el cuidador constituyen un factor de tensión adicional sobre el modelo familiar de cuidados y llegan a hacer difícil, y en algunas circunstancias inviable, esa forma de transferencia de recursos intergeneracionales. La carga del cuidado incide en la vida normal

Gráfico 7 – Consecuencia de la carga del cuidado en los cuidadores según el tipo de hogar de la persona cuidada. En porcentaje. 2004



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de IMSERSO (2005): *Encuesta de ayuda informal a las personas mayores 2004.*

de los cuidadores, en su entorno familiar, económico-laboral y en su propia salud. La carga es a veces excesiva en dedicación o en tareas molestas y comportamientos inadecuados de la persona dependiente. El modelo familiar, esa riqueza de cuidados y relaciones, se resiente y existe el riesgo de que pierda las ventajas comparativas que tenía sobre otras sociedades europeas. El tiempo es un recurso finito y el transferido hacia el dependiente se quita del resto de las actividades cotidianas, incluso del cuidado de otros miembros de la familia, como los propios hijos de los cuidadores.

Las consecuencias más citadas por los cuidadores en su acción de apoyo se relacionan con la vida familiar y el tiempo de ocio (gráfico 7). Un 61,8% de los cuidadores ha tenido que reducir su tiempo de ocio, más de un tercio no puede ir de vacaciones y casi uno de cada tres no tiene tiempo para frecuentar amistades ni para cuidar de sí mismo. En segundo lugar están las que afectan a la propia salud de los cuidadores: se encuentran cansados (32,7%), se ha deteriorado su salud (27,5%) o se sienten deprimidos (18,1%). Finalmente, en tercer lugar, aparecen consecuencias de tipo económico, sobre todo laboral o profesional: un 26,4% afirma que no puede plantearse trabajar fuera de casa, un 11,7% ha tenido que dejar el trabajo, un 11,2% ha reducido su jornada laboral y un 10,7% tiene problemas para cumplir los horarios.

La discriminación o reparto de tareas por sexo reaparece también en las consecuencias negativas de la prestación de cuidados. En los aspectos profesionales o laborales, las mujeres suelen dejar más a menudo el trabajo o reducir su jornada laboral, bien porque su estatus profesional es inferior, bien porque asumen un papel tradicional de cuidados dejando al varón el compromiso de aportar recursos económicos al hogar o porque no tienen otra opción. Cuando la mujer trabaja fuera del hogar, las responsabilidades de los cuidados perjudican su carrera profesional, sus derechos contributivos para conseguir una pensión y sus propios ingresos actuales, que en muchos casos pueden ser inferiores a los del varón. En los últimos años, desde la Encuesta de Ayuda Informal de 1994[19], los problemas laborales de las cuidadoras destacan cada vez más en la percepción de la carga.

Respecto a la salud o al estado general, las mujeres declaran cotas más altas de cansancio y depresión o tener que tomar medicamentos para sobrellevar la situación. Su compromiso con los cuidados y su dedicación emocional suelen ser superiores a los de los varones. En cuanto a la vida familiar y el tiempo de ocio, la carga negativa de los cuidados es también

[19] INSERSO (1995): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal.*

mayor entre las mujeres, pero de manera menos acentuada que en la salud y en la vida laboral.

Las consecuencias del cuidado son también diferentes según el tipo de hogar donde resida el dependiente mayor. El 28,9% de los cuidadores de las personas que viven en soledad (frente a una media del 13,2%) declara que no tiene problemas, quizá porque –como se ha dicho– los mayores solitarios no suelen estar entre los casos más graves, por un mayor alejamiento emocional, al no existir una convivencia continua o también porque suele haber una mayor proporción de cuidadores formales (profesionales). Otros cuidadores de dependientes solitarios destacan, ya en segundo lugar, haber tenido problemas de horarios en su trabajo o haber reducido su jornada. Por lo tanto, predominan las razones profesionales. La independencia en la forma de convivencia tiene un papel liberador para los familiares cuidadores. A pesar de que realicen tareas que requieren dedicación e intensidad, en algún momento del día se pueden aislar del problema que les ocupa y concentrarse en otro tipo de actividades fuera del entorno doméstico de la persona dependiente.

Cuando el dependiente vive con su cónyuge, el cuidador (que suele ser el cónyuge o la hija) declara en mayor proporción que la media problemas de salud y, en segundo lugar, familiares y sociales (tiempo de ocio, relaciones). Muchos afirman seguir un tratamiento (antidepresivo, de ansiedad, angustia, nervios, etc.) para resistir la situación.

Las consecuencias negativas del cuidado se concentran en mayor medida en los hogares en los que los dependientes viven con sus hijos. En estos casos, los cuidadores se resienten, de forma destacada, en su vida profesional o han tenido que dejar de trabajar; a continuación, declaran problemas de salud (se sienten deprimidos) o han tenido que reducir su tiempo de ocio. Estos hogares, donde existe más de una generación, con la hija normalmente como cuidadora, son los que en menor medida se encuentran libres de problemas, aunque su visibilidad ante las administraciones es menor que en los casos de hogares solitarios. Los problemas de convivencia, la falta de espacio, las conductas insolidarias de otros miembros de la familia y la ausencia de intimidad son elementos que pueden introducir importantes desequilibrios en la estructura familiar de los que conviven con una persona que necesita mucha ayuda; además, reducen la calidad de vida de todos los miembros del hogar.

La ayuda (formal o informal) que reciben los hogares con algún mayor dependiente satisface en general sus necesidades: el 72,1% de los dependientes así lo declara (tabla 14). Sin embargo, un 19,4% afirma que necesitaría más ayuda y un 7,1% declara que no cubre muchas de sus necesidades o que es muy insuficiente. Los mayores que viven en soledad y tienen alguna discapacidad son proporcionalmente los que más demandan estas ayudas, que generalmente consiguen, pues ya se ha citado que

Tabla 14 – Satisfacción con la ayuda recibida según tipo de hogar. En porcentaje. 2004

	Solos	Pareja sola	Pareja o mayor con hijos	Otras formas	Total
Satisface todas sus necesidades	57,3	72,7	78,3	86,5	72,1
Se siente satisfecho, aunque necesitaría más ayuda	28,2	19,2	16,1	8,1	19,4
No cubre muchas de las necesidades que tiene	9,1	5,1	3,7	5,4	5,6
Es muy insuficiente	3,6	2,0	0,0	0,0	1,5
NS/NC	1,8	1,0	1,9	0,0	1,5
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de IMSERSO (2005): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2004.*

los servicios públicos tienden a cubrir las necesidades de los solitarios en mayor medida que los que viven en pareja o con hijos (quienes muchas veces ni la solicitan). El mayor grado de satisfacción con la ayuda recibida lo declaran quienes viven con familiares que no son hijos o con empleados de hogar, y los que viven con sus hijos, pues reciben el tipo de ayuda deseada.

Las familias demandan a las Administraciones Públicas que, independientemente del tipo de hogar en el que vivan los dependientes, intervengan en los cuidados de forma similar. La mayoría de las personas de edad entrevistadas (38,1%) cree que la Administración Pública debería apoyar a las familias, aunque éstas se encarguen de los cuidados, reconociendo su papel como garante de la solidaridad, pero no necesariamente como su proveedora, o no su única proveedora. Las personas mayores que viven solas son las que más demandan la intervención de la Administración Pública en los servicios de atención a domicilio, centros de día, etc. En segundo lugar en importancia, la población afirma que la Administración debería ser el principal responsable de la atención, aunque las familias también participasen en el cuidado[20]. En el Barómetro de noviembre de 2004[21], los entrevistados declaraban sus preferencias por las medidas que se deberían tomar para ayudar a las personas cuidadoras: desarrollar más los servicios de ayuda a domicilio (30,8%), apoyo económico en forma de salario mensual (17,3%) y aumentar las residencias y alojamientos (15,8%).

[20] IMSERSO (2005a).
[21] CIS (2004): *Estudio 2.581.*

3. El papel de los poderes públicos en el mantenimiento del apoyo familiar. Propuestas de actuación

3.1 El futuro incierto del apoyo informal

El "Plan de Acción Internacional de Madrid, 2002"[22] señalaba que, aunque los poderes públicos tienen organizadas políticas de asistencia, los vínculos y transferencias intergeneracionales dentro de la familia y el sentimiento de reciprocidad hacen que la mayor parte de la atención se preste como ayuda informal, no estructurada u organizada. Como se ha comprobado, España es un ejemplo de estas prácticas, que pueden generar tensiones económicas y sociales. Si no se presta la ayuda suficiente, los miembros de la familia encargados de atender a las personas de edad pueden verse superados por esa carga. Los poderes públicos deben disponer de soluciones económicamente sostenibles para afrontar la diversidad de necesidades: desde los apoyos familiares a las atenciones residenciales.

La decisión de cómo o con quién convivir y las formas en que se organizan las transferencias intergeneracionales afectan a las políticas públicas de atención a los mayores y a los costes globales de esas políticas sociales. Una decisión privada (por ejemplo, con quién vivir) puede afectar a la esfera pública. Un reparto inadecuado de recursos públicos puede estar presionando sobre las familias y planteando situaciones de inequidad. Muchas veces, sin un plan preconcebido, las políticas públicas han desatendido de facto el cuidado informal por parte de las familias con mayores conviviendo en sus hogares y se han centrado en los otros hogares solitarios, en donde un fracaso en la atención tiene una trascendencia o visibilidad mayor. Con ello se puede estar penalizando a las familias que realizan el esfuerzo de cuidar a sus mayores. Si a esto se añade la reducción del potencial cuidador femenino, por la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, se descubre una de las principales prioridades que las políticas sociales españolas tienen pendientes.

Sin embargo, cuando se analiza el discurso de las políticas sociales sobre las necesidades de las personas mayores se observa que predomina la verbalización de lo formal. Se enumeran los logros en materia de incremento de recursos y se incide con especial énfasis en el número de plazas residenciales que se han puesto o se pondrán en marcha en los próximos años. A continuación, suele aparecer la segunda parte, de carácter amenazante, y en cierto modo alarmista, en la que se constata en tono dramático la imposibilidad del Estado de acometer la "carga del envejecimiento de la población" y el desastre de la evolución de los modelos familiares en re-

---

[22] ONU (2002): *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002.* Nueva York: ONU.

lación con sus responsabilidades sobre los cuidados y cómo en los próximos años, por no decir ya, el apoyo informal estará en vía de extinción. Puede parecer que en un futuro próximo las personas mayores padecerán el abandono y desconsideración de sus hijos e hijas que por alguna razón, no suficientemente explicada, habrán caído en una especie de deshumanización sin la más mínima responsabilidad respecto a sus padres, abriendo el camino a la actuación de los profesionales de la dependencia (aseguramiento, provisión de asistencia, etc.).

Ésta es, sin duda alguna, una descripción estereotipada. En España de manera especial, pero también en el resto de Europa, la familia es y seguirá siendo la principal fuente de provisión de cuidados en cualquiera de las etapas de la vida. La responsabilidad de los cuidados es un asunto que se sigue resolviendo en el plano de lo individual, de la intimidad familiar y muy especialmente en el ámbito femenino.

La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, la evolución de los modelos familiares, las aspiraciones de todas las generaciones a desarrollar modelos de convivencia independientes y, sobre todo, las características y dimensiones actuales de las necesidades de cuidados de las personas dependientes dibujan un panorama de futuro distinto, en el que la responsabilidad en la producción de bienestar para estas personas deberá estar mucho más compartida, tanto en el ámbito familiar como en el de las responsabilidades públicas. De hecho, la mayor parte de los países desarrollados reconocen ya, bajo diferentes modalidades, los derechos de las personas a recibir cuidados de larga duración cuando los necesitan y la urgencia de desarrollar decididamente políticas de apoyo a las familias cuidadoras.

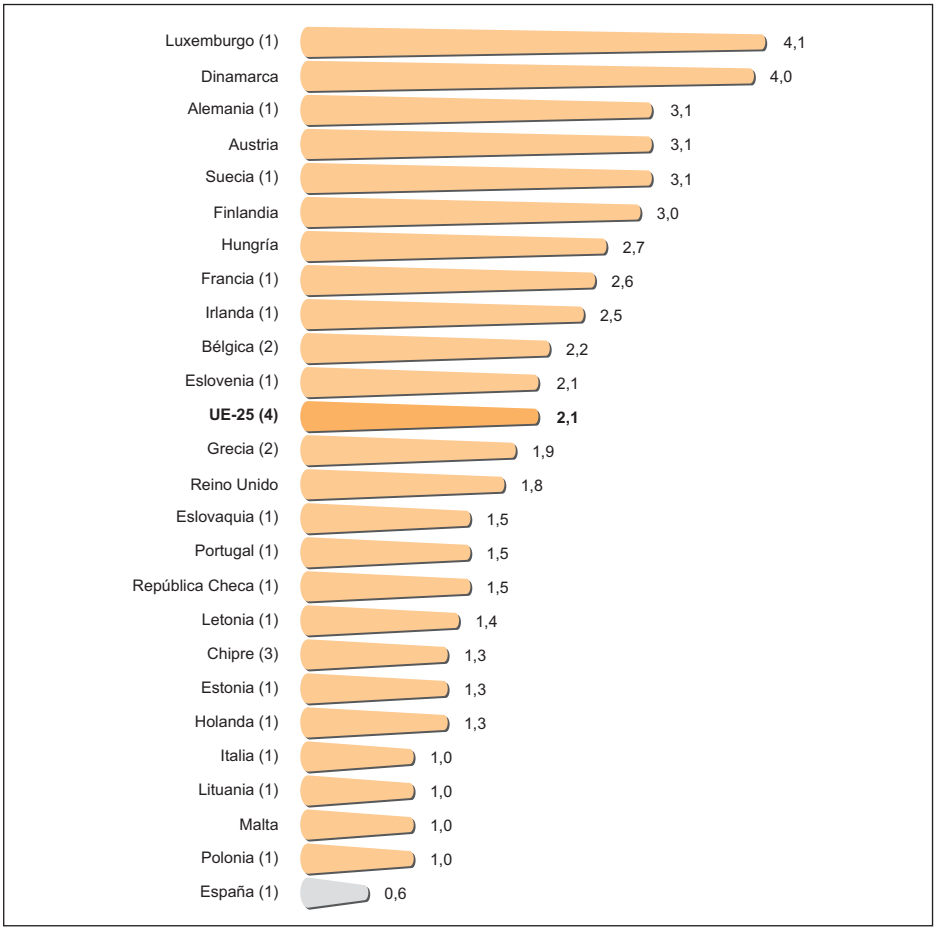
Compartir la producción de bienestar incrementando la solidaridad pública

Cualquier perspectiva de análisis sobre el futuro de la atención a las necesidades de las personas mayores desemboca en la demanda de una mayor presencia de los poderes públicos para hacer frente a estas situaciones, haciendo hincapié en su vocación complementaria y no sustitutiva del apoyo familiar y de otras redes de solidaridad social. Los datos aportados demuestran la posible fragilidad del modelo de cuidados si no se le dota de mayores recursos que hagan posible su mantenimiento. Es más, debería mejorarse este modelo, pues muchas personas mayores no están ni suficiente ni adecuadamente atendidas (también en el seno familiar) y sus familias, especialmente las mujeres, están sufriendo graves consecuencias en su salud y en su estabilidad familiar, derivadas del excesivo trabajo que supone el cuidado de estas personas.

En definitiva, se trata de dar una respuesta equilibrada y prudente al histórico dilema sobre la responsabilidad de los cuidados y el papel que en él desempeñan las personas mayores, sus familiares, la sociedad y los poderes públicos. Las dimensiones del problema exigen que se afronte de forma conjunta. En España, la familia ha asumido hasta ahora la práctica totalidad de esta responsabilidad. Pero, la presión que en este momento se está ejerciendo sobre esta institución puede generar efectos perversos a muy corto plazo y claudicaciones no deseadas por ninguno de los implicados en la atención a la dependencia.

Por ello, para ofrecer soluciones adecuadas a la diversidad de situaciones de necesidad de las personas mayores y de sus familiares ha de

Gráfico 8 – Gasto en prestaciones sociales a la familia y a la infancia en la Unión Europea. En porcentaje del PIB. 2003



(1) Datos provisionales. (2) Datos estimados. (3) Dato provisional de 2002. (4) Dato estimado. No incluye Chipre.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos de Eurostat.

abandonarse definitivamente esa especie de confrontación entre la solidaridad privada y la pública, ya que el desarrollo y mantenimiento de la primera va a depender del grado de implicación de los poderes públicos. El mundo de la dependencia ha de trasladarse de la esfera estrictamente privada e individual a la responsabilidad social y colectiva.

Desafortunadamente, resulta paradójico observar que España, uno de los países con un sistema de apoyo informal más sólido, es también uno de los que tiene menores prestaciones y, en consecuencia, menor gasto social en apoyo a la familia (gráfico 8), quizá precisamente por esa fortaleza, que ha tenido un efecto no deseado.

La aplicación de políticas extremas de subsidiariedad en la atención a las personas dependientes ha discriminado a las familias más solidarias, castigando su esfuerzo con la denegación de servicios profesionales que colaboren con ellas en la provisión de cuidados. Buena muestra de ello es el bajo porcentaje de provisión de servicios domiciliarios en hogares que tienen una persona dependiente (tabla 15). Esta flagrante discriminación se agrava con la constatación de que las personas que viven con su familia son las que padecen situaciones de dependencia más graves.

Por otra parte, el desarrollo normativo que permita a los cuidadores beneficiarse de una protección social específica es todavía incipiente. La escasez de iniciativas surgidas tras la promulgación de la Ley de conciliación de la vida familiar y laboral frustró las expectativas que se tenían de que con esta regulación se diera un paso verdaderamente importante para avanzar en la tan deseada y necesaria compatibilización de funciones y en un reparto real de tareas entre hombres y mujeres en el seno familiar. Las recientes medidas adoptadas en el "Plan Concilia" suponen un avance en esta línea, a pesar de que por el momento sólo serán aplicables a los funcionarios públicos.

Tabla 15 – Utilización del servicio público (ayuda a domicilio) entre las personas mayores de 65 años que viven en comunidad, en España y Suecia, por tipo de hogar y necesidad de ayuda. En porcentaje. 2004

	Solos		Corresidentes		Total	
	España	Suecia	España	Suecia	España	Suecia
Usan SAD	7	15	2	3	3	8
Necesitan ayuda AVD	27	28	26	17	27	21
Necesitan ayuda AVD y usan SAD	16	54	6	19	9	37
Total	**22**	**39**	**78**	**61**	**100**	**100**
N	*448*		*1.551*		*2.007*	

Nota: SAD: servicio de asistencia domiciliaria; AVD: actividades de la vida diaria. Los datos de Suecia son del período 2002/03 y los de España del año 2004.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de IMSERSO (2005): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2004*; y Sundström, G. (2006): "European family care policies", en Szinivacz, M. y Davey, A.: *Caregiving: cultural, familial and societal contexts* (en prensa).

La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo impone una reestructuración más justa del reparto de las responsabilidades sobre los cuidados. Pero, además, la propia evolución demográfica advierte desde hace tiempo de la disminución que ha venido experimentando el indicador de potenciales cuidadoras, establecido siempre, y significativamente, en función de la relación entre el número de personas mayores y, en exclusiva, el de mujeres entre 45 y 69 años. La evolución de este indicador muestra con claridad que el cuidado de las personas mayores dependientes definitivamente tiene que dejar de ser casi exclusivamente femenino. El cuidado compartido ofrece expectativas mucho más esperanzadoras para el futuro inmediato.

En la última década, a pesar de que los cuidados principales siguen siendo asumidos por las mujeres en un porcentaje abrumador, se empieza a vislumbrar una presencia importante de cuidadores secundarios; es decir, se tiende a compartir los cuidados, algo que puede cambiar de manera significativa el preocupante panorama de los cuidados informales. Sin embargo, el futuro próximo aparece rodeado de incertidumbres ante las que, por ahora, es difícil entrever su solución.

¿Cómo va a evolucionar el mundo de los valores en nuestra sociedad? Su crisis es innegable y repercute directamente en el ámbito de las responsabilidades familiares. Pero sin entrar en este debate, existen otros aspectos más tangibles que pueden incidir también en la evolución del sistema de apoyo informal. Por ejemplo, el modelo descrito de "una familia, varios techos", en el que la proximidad representa un papel esencial, puede verse truncado ante la evolución del mercado de la vivienda que, si no sufre la deseada racionalización, dificultará el actual acercamiento de padres e hijos para el intercambio de cuidados. También es preocupante el modelo de desarrollo urbano que empieza a imponerse en nuestro país (viviendas adosadas, construidas en tres o más alturas, en urbanizaciones aisladas de los núcleos urbanos, sin una "red social" ni familiar y poco accesibles mediante el transporte público), pues puede dificultar seriamente la vida cotidiana de las personas mayores. Es obvio que las necesidades que genera la dependencia no obtienen fácil respuesta con estos modelos residenciales.

3.2 Intervenciones centradas en los individuos y en la sociedad: prevenir, promover y colaborar

Las respuestas a las necesidades generadas por las situaciones de fragilidad o dependencia deben estar centradas en las personas que requieren atención, tanto en el ámbito de las intervenciones terapéuticas o sociales como en el de los derechos de acceso a prestaciones en cualquiera de sus modalidades: servicios o monetarias. Es indispensable que los

poderes públicos protejan los derechos de sus ciudadanos cuando se encuentran en estas situaciones de fragilidad extrema. En ellas, la sociedad del bienestar adquiere su máxima coherencia. Y todo ello sin menoscabo para la oferta de una gama de servicios y apoyos económicos a las familias cuidadoras que dignifiquen la encomiable labor que están realizando. La complementariedad entre unas y otras ayudas configuraría un modelo de atención acorde con las necesidades planteadas.

Antes de que los individuos sean ya personas con discapacidad y dependencia pueden instrumentarse actuaciones que prevengan esta situación o faciliten la implicación social en una mayor solidaridad. Se señalan a continuación algunos de los objetivos que deben presidir estas estrategias de intervención, dirigidas a individuos y a miembros de la sociedad que aún no están en situación de necesidad.

Prevenir la dependencia

Hasta hace poco tiempo existía una clara disociación entre los conceptos de prevención y envejecimiento. Actualmente hay suficiente evidencia científica sobre los efectos positivos de la prevención entre las personas mayores, que suele ser el grupo de edad que mejor acata las recomendaciones sobre su salud. Los determinantes del envejecimiento activo han sido sistematizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento "Envejecimiento activo: un marco político", que se ha convertido en el nuevo paradigma de la intervención gerontólogica (cuadro 1).

Cuadro 1 – Determinantes del envejecimiento activo

Determinantes transversales:	Cultura y género
Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales:	Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, servicios curativos, asistencia de larga duración, servicios de salud mental
Determinantes conductuales:	Tabaquismo, actividad física, alimentación sana, salud bucal, alcohol, medicamentos, cumplimiento terapéutico
Determinantes relacionados con los factores personales:	Biología y genética, factores psicológicos
Determinantes relacionados con el entorno físico:	Entornos físicos, seguridad de la vivienda, caídas, agua limpia, aire puro y alimentos sanos
Determinantes relacionados con el entorno social:	Apoyo social, violencia y abuso, educación y alfabetización
Determinantes económicos:	Ingresos, protección social y trabajo

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de Organización Mundial de la Salud (2002): "Envejecimiento activo: un marco político", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 37 (S2).

El carácter multifactorial del proceso de envejecimiento y, en consecuencia, de las causas que generan la dependencia debe ser tenido en cuenta a la hora de planificar programas de intervención con este grupo de población. La investigación sobre la posible "compresión de la morbilidad" empieza a abrir posibilidades a las hipótesis que plantean un posible retraso de la aparición de la dependencia. Esta reducción real de las situaciones de dependencia se atribuye a las múltiples variables que, interrelacionadas, generan los diferentes modos de envejecer. Si bien la salud física ocupa un lugar fundamental en este proceso, no es menor la importancia de otros elementos constitutivos del concepto de salud. Los factores psicológicos, tanto cognitivos como emocionales, la capacidad de relacionarse, el nivel de participación social, la autoeficacia, el entorno afectivo y familiar, la estabilidad económica, la seguridad, la visión del futuro, las expectativas vitales, etc., son variables esenciales en la predicción de un envejecimiento saludable y en la consiguiente prevención de la dependencia. Entre ellos, los modelos de convivencia desempeñan un importante papel asociado a percepciones, preocupaciones y temores específicos, por lo que deberían generar intervenciones adaptadas.

Promover un pacto de solidaridad intergeneracional

El Consejo de Europa señalaba ya en el año 2000 la trascendencia de trabajar y promover políticas sociales intergeneracionales que hagan posible este pacto de solidaridad intergeneracional. Como se ha dicho, por primera vez en la historia conviven tres, cuatro y a veces cinco generaciones familiares con sus diferentes proyectos y necesidades, que deben ser tenidas en cuenta en la planificación de políticas sociales. A pesar de que el número de personas mayores de 75 años que viven solas aumenta, la proximidad y la frecuencia de contactos –elementos clave para el mantenimiento del sistema de apoyo– tienen en nuestro país un peso crucial.

Por tanto, es el momento de buscar las posibilidades de apoyo y colaboración en estos nuevos modelos familiares: más verticales, más multigeneracionales y bajo distintos techos. Evitar los conflictos intergeneracionales, reconvertir en clave de cooperación los enfrentamientos entre grupos de edad o entre colectivos necesitados de atención es una compleja tarea que requiere un replanteamiento de las políticas sociales segmentadas por grupos de edad.

El colectivo de personas mayores, a pesar de sus enormes carencias en múltiples aspectos, se ha beneficiado de una parte importante del esfuerzo en protección social desarrollado en nuestro país en las últimas décadas. La mejora de sus condiciones de vida y la aparición de nuevos pobres con necesidades imperiosas hace suponer un inevitable desplazamiento de una parte mayor del gasto social hacia otros grupos de población. Desde este punto de vista, es urgente replantearse las fronteras de lo

estrictamente gerontológico para descubrir nuevas posibilidades que superen los compartimentos rígidos de grupos de edades. También desde este enfoque se hace necesario reformular esa especialización en la atención que se agudiza cada día y considerar que el criterio edad debe dejar paso al de necesidades específicas y especializadas. El propio ámbito de la atención a las situaciones de dependencia impone otra forma de abordar la intervención, con un enfoque mucho más multifactorial.

La importancia de la colaboración voluntaria

Paralelamente a las intervenciones en pro del reconocimiento del valor del cuidado en el ámbito familiar, debería promoverse con más fuerza la importancia de la acción voluntaria. En primer lugar, por la riqueza que proporciona a cualquier sociedad poder contar con un número importante de ciudadanos dispuestos a colaborar y a ayudar a otros, haciendo suya la necesaria responsabilidad social. En segundo lugar, porque cada vez más personas mayores van a tener una red familiar reducida o inexistente. Los servicios profesionales son indispensables, pero la red social, los contactos afectivos no sujetos a remuneración, también lo son. En tercer lugar, porque la investigación sobre los predictores del envejecimiento activo ha evidenciado ya que el concepto "compromiso con la vida" es un importante predictor para envejecer saludablemente.

Se vuelve a plantear la paradoja de España ante Europa en cuanto a la acción voluntaria de su población. La fortaleza del modelo español de apoyo familiar asumiría gran parte del esfuerzo solidario, situando a España en los últimos lugares en cuanto a la aportación voluntaria. Otras interpretaciones más benévolas sobre la falta de solidaridad en esta importante vertiente residirían en nuestra historia reciente, que asociaba el voluntariado con actitudes colaboracionistas político-religiosas. Quizá también se explique por la percepción y definición de la misma acción voluntaria; muchas de las actividades catalogadas en otros países como tales, en España forman parte de la vida cotidiana (relaciones vecinales, ayudas puntuales, realización de gestiones, compañía, etc.).

En todo caso, sin desvirtuar la fortaleza del modelo mediterráneo de relación, será necesario incrementar este tipo de actividades, teniendo en cuenta sus dos vertientes positivas: el beneficio insustituible para la persona que recibe esas atenciones, complemento de otros servicios remunerados y de los propios apoyos familiares, en el caso de que disponga de ellos; y el beneficio para la persona voluntaria, especialmente en una sociedad tendente a establecer modos de vida en soledad y cada día más necesitada de contactos sociales.

3.3 Intervenciones centradas en los hogares y las familias: desarrollar una red sólida de servicios comunitarios y a la familia

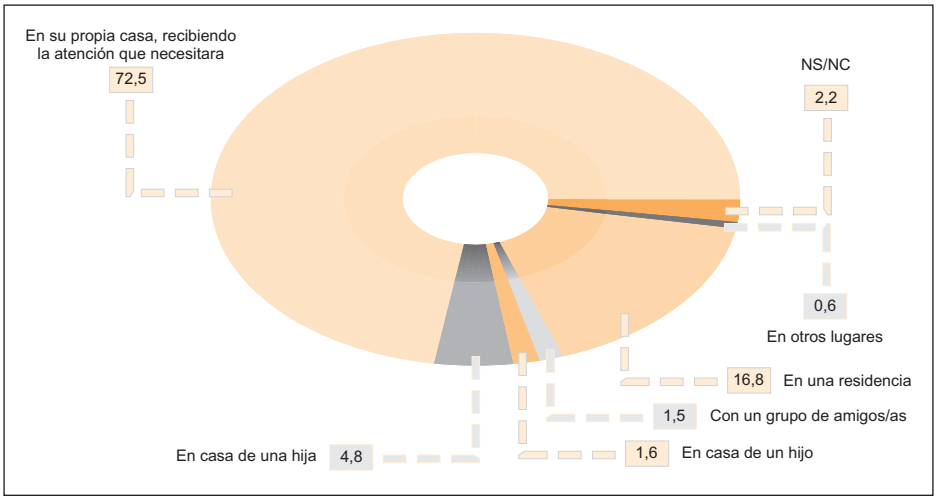
Las diferentes modalidades de convivencia de las personas mayores con dependencia reclaman el desarrollo de toda una gama de servicios que se ajusten a sus necesidades específicas. Hasta el momento no ha sido posible poner en marcha políticas de atención que realmente posibiliten el desempeño de la multiplicidad de roles que intervienen en el mundo de la dependencia con carácter complementario. Es indispensable el desarrollo de un modelo de atención comunitaria en el que se identifiquen las necesidades de manera individualizada, se integre el cuidado familiar y se provean apoyos siempre que haya una situación de dependencia. Hay que abandonar la tendencia a suministrar los servicios sólo en los casos en los que los cuidadores ya están agotados o cuando las personas con dependencias se encuentran en situaciones de necesidad extremas.

Hay que conjugar en las evaluaciones y en los planes de cuidados aspectos como: el carácter de los vínculos afectivos, las destrezas y actitudes para el cuidado, la necesidad de compatibilizar la vida profesional con la vida familiar y las dificultades que muchas veces existen al querer compartir el cuidado con el conjunto de los miembros de la unidad familiar. Para que la ayuda cumpla su objetivo de eficacia es necesaria una previa valoración integral del caso y un acuerdo con la familia sobre la forma e intensidad de la ayuda. Esta metodología de trabajo requiere, a su vez, la presencia y colaboración de todos los protagonistas de la intervención: las personas dependientes, los profesionales sociales y sanitarios, los cuidadores familiares y los voluntarios. La coordinación y complementariedad son indispensables para el desarrollo de un modelo eficaz de intervención y provisión de cuidados.

En este contexto de intervención, es esencial asimismo tener en cuenta las preferencias expresadas por los ciudadanos (gráfico 9). Intentar cumplir estos deseos debe suponer un cambio de dirección en las prioridades de desarrollo de los recursos, poniendo el énfasis en aquellos que favorecen la permanencia en el medio habitual. Paradójicamente, a pesar de la fortaleza de los vínculos familiares, España es uno de los pocos países que ha desarrollado más el sector residencial que los servicios domiciliarios, quizá porque se parte de un nivel reducido de dotaciones y equipamientos.

Esto lleva a un cambio radical en la política dirigida a las personas mayores que desplace el centro de la atención desde las residencias a los servicios comunitarios, muy incipientes todavía. Este modelo, centrado en el entorno cercano, incluye también la atención residencial en la oferta de recursos comunitarios, desde una concepción más dinámica de las institu-

Gráfico 9 – "¿Y dónde le gustaría vivir si necesitase cuidados permanentes?". En porcentaje. 2004



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de CIS (2004): *Estudio 2.581.*

ciones, como lugares de entrada y salida, de uso temporal y de provisión de otro tipo de servicios comunitarios: comidas, lavandería, atención domiciliaria, programas de apoyo familiar… En definitiva, se propone todo un abanico de servicios en el que se utilicen todas las posibilidades que cada uno de ellos ofrece, evitando la ineficaz barrera entre lo comunitario y lo institucional, que anula cualquier planteamiento integral en la atención.

Por otra parte, las modalidades de convivencia, que han sido desatendidas en la planificación, se van a convertir en auténticos moduladores de la oferta de servicios para estas personas. Por ejemplo, deberían desarrollarse servicios de "vigilancia", no sólo la teleasistencia y otras tecnologías, sino todo tipo de redes de comunicaciones, vecinales o de organizaciones de voluntariado que ofrezcan seguridad suficiente para vivir en soledad cuando se es dependiente.

Los servicios y programas de apoyo a las familias

Los servicios de ayuda a domicilio (SAD) son los preferidos por las personas en situación de necesidad. En 1990, el índice de cobertura de este servicio era del 0,64%, cifra que ha ascendido hasta el 3,14% en 2004 (tabla 16). Si se compara la situación española con la de otros países de la OCDE, se observa que este servicio en nuestro país dista mucho de alcanzar similares coberturas, justificadas en parte por la existencia de ese poderoso modelo de apoyo familiar (gráfico 10).

Tabla 16 – Evolución de los usuarios del servicio de asistencia domiciliaria (SAD). 1990-2004

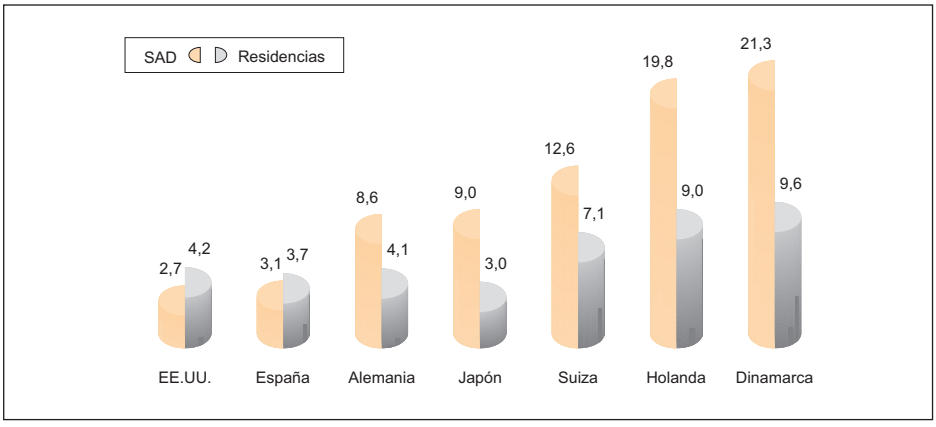
	Población mayor de 65 años	Usuarios de SAD	Índice de cobertura (*)
1990	5.359.908	34.181	0,64
1995	6.086.365	63.712	1,05
1999	6.739.558	112.797	1,67
2000	6.842.140	118.507	1,73
2004	7.276.620	228.812	3,14

(*) Porcentaje de usuarios de SAD sobre la población mayor de 65 años.
Fuente: IMSERSO (2005): *Las personas mayores en España 2004.*

Aunque es innegable el incremento de este servicio a lo largo de estos años, hay que insistir en su insuficiencia para las necesidades detectadas. Ni su intensidad horaria, que se sitúa en torno a las 16 horas mensuales, ni la tipología de tareas que asume pueden dar respuesta a las necesidades de las personas con dependencia y de sus cuidadores. Por otra parte, un buen número de comunidades autónomas penaliza todavía indirectamente a las familias cuidadoras con la denegación del servicio. Una vez más, la aplicación de políticas de mínimos y de extrema subsidiariedad entra en flagrante contradicción con los principios que rigen este modelo mediterráneo de bienestar basado en la familia.

Los servicios domiciliarios (que incluyen comidas, lavandería, teleasistencia, acompañamiento o apoyo psicosocial) deben ser reorientados de cara a la aplicación de la futura ley de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia, de tal forma que se configuren realmente como un servicio de apoyo a las familias cuidadoras también.

Gráfico 10 – Cobertura del servicio de ayuda a domicilio y de residencias. En porcentaje



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de los cuestionarios enviados (OCDE y consejerías laborales) para el Libro Blanco de la Dependencia.

Las personas que conviven con sus familias sufren las dependencias más graves. Por tanto, son las que más necesitan un servicio domiciliario de carácter sociosanitario, sea a través de provisión integrada o coordinada. El cumplimiento de las pautas establecidas en los programas de atención primaria de salud para las personas mayores es inexcusable con los dependientes. La flexibilidad, tanto en el requerimiento de tareas como en las franjas horarias de provisión del servicio, es otro de los aspectos a tener en cuenta. Todo ello sin entrar en un análisis más a fondo sobre su calidad, que exige tanto una profesionalización que actualmente no tiene como la incorporación de nuevas actividades que ya están generalizadas en otros recursos, por ejemplo, en las residencias: apoyo psicosocial, terapeuta ocupacional para la adecuación del domicilio, rehabilitación, etc.

Los "servicios de respiro" desempeñan un papel esencial de apoyo a las familias cuidadoras. Los centros de día, que existen desde hace poco más de una década, empiezan a tener una gran demanda, no sólo por su función terapéutica para las personas, sino para poder compatibilizar la vida familiar y laboral. Actualmente existen 33.709 plazas, lo que supone una cobertura del 0,46% sobre la población de 65 y más años. Deberá abordarse el incremento de estas plazas, pero también su especialización para personas con demencia y para las que padecen discapacidades físicas, así como su mayor accesibilidad y profesionalización. Las estancias temporales en residencias –el otro "servicio de respiro" por excelencia– cumplen diversas funciones: descanso de los familiares, apoyo ante situaciones excepcionales, objetivos terapéuticos rehabilitadores, etc. La disponibilidad de este tipo de plazas residenciales es muy escasa y rígida.

Por otra parte, los programas de formación y apoyo psicosocial a los cuidadores son percibidos por ellos mismos como muy necesarios. La evolución en la valoración de este tipo de apoyos ha sido muy importante en la última década. Hablar de intervenciones preventivas con las familias cuidadoras supone poner en marcha de manera generalizada iniciativas suficientemente validadas: programas de reducción de estrés, de habilidades de cuidado, informativos, de autoayuda, etc.

Por último, y en coherencia con el modelo de provisión de servicios defendido, es necesario reflexionar en profundidad sobre el modelo residencial actual. En todos los ámbitos profesionales se reconoce que la calidad de estos servicios es deficiente en muchos casos y no superaría un sistema de acreditación con exigencias básicas. Se aplica un umbral de tolerancia excesivo en bastantes aspectos de su vida cotidiana: programas de intervención, horarios, instalaciones, planteamientos rehabilitadores en cualquiera de sus vertientes, respeto a la intimidad, tamaño de las residencias, etc. El rápido desarrollo del sector no ha ido acompañado del correspondiente proceso de orientación y consenso desde las Administraciones Públicas, que configurase un modelo coherente y acorde con las ne-

cesidades de atención y dignidad que requieren estas personas. Es urgente abordarlo en el proceso de puesta en marcha de la esperada ley de dependencia.

Las ayudas económicas a las familias cuidadoras

En los últimos años se han desarrollado tímidamente las ayudas económicas a los cuidadores. Estas iniciativas comenzaron en la década de los años noventa en la Comunidad Valenciana con las llamadas "ayudas a las amas de casa cuidadoras", en las que se les ofrecía una reducida cantidad económica, previa renuncia a cualquier otro tipo de servicios o ayuda. Actualmente, un buen número de comunidades autónomas disponen de este tipo de programas, cuyas cuantías oscilan entre los 90 y los 600 euros. Desde la Administración General del Estado también se han promovido estos programas de apoyo familiar desde el año 2003, lo que ha generado un intenso debate ideológico sobre su oportunidad y adecuación como modelo de atención. En todos los casos son programas que están sometidos a la disponibilidad presupuestaria anual y a una estricta evaluación de los recursos. Aun reconociendo su eficacia para paliar los acuciantes problemas económicos que las familias suelen tener cuando han de afrontar el cuidado de la dependencia, es obvio que estas fórmulas plantean inconvenientes que deben tenerse en cuenta antes de que se generalicen:

— No garantizan la calidad de los cuidados, ni siquiera que se destinen a esta actividad y no sólo a engrosar el presupuesto familiar, situación beneficiosa en sí misma, pero alejada de su objetivo. La evaluación de las condiciones del entorno y familiares debería ser obligatoria para su concesión.

— Generalmente van destinadas a las mujeres cuidadoras, con lo que su posible acceso al mundo laboral se dificulta seriamente. Parece un sistema muy asociado a las familias con bajo poder adquisitivo, cuyas mujeres, una vez más, se verán abocadas a quedarse en su casa cumpliendo los roles tradicionales de cuidado.

3.4 La protección de la dependencia: del ámbito privado al de la responsabilidad social

En torno a un millón de personas mayores necesitan ayudas importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana. Sus perfiles y modelos de convivencia acaban de ser analizados. También los de sus cuidadores familiares y, de manera sucinta, la oferta de servicios sociales públicos y privados a la que pueden acceder.

Existen razones suficientemente fundadas para afirmar que estamos en un momento de transición de los modelos de provisión de cuidados y

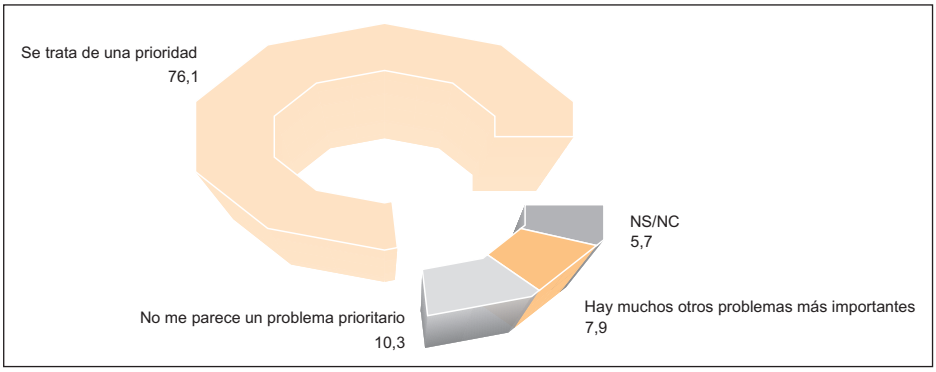
atenciones hacia las personas frágiles. Los planteamientos familistas a ultranza deben dar paso a sistemas en los que prime el reparto de responsabilidades en la producción de bienestar. Parece que ha llegado el momento de asumir como responsabilidad social lo que hasta ahora pertenecía al ámbito de la privacidad: la necesidad de cuidados importantes de algunas personas en situación de dependencia.

Desde hace varios años algunos países europeos han puesto en marcha diferentes modelos de protección a la dependencia en los que se clarifica ese reparto de responsabilidades, y muy especialmente el papel de los poderes públicos ante esta nueva necesidad de la sociedad. Holanda y los países nórdicos fueron pioneros en asumir las correspondientes responsabilidades públicas. Sus modelos, con altas cotas de bienestar financiadas a través del sistema impositivo, siguen siendo un referente europeo. Su capacidad de autocrítica e innovación es un valor añadido a la amplitud de su capacidad protectora. Otros países, como Alemania, Luxemburgo, Austria o Francia, han optado más recientemente por un sistema de financiación en el ámbito de la Seguridad Social, con prestaciones mucho más restringidas, pero con mayor capacidad de elección. Las prestaciones establecen topes, por lo que la colaboración de los usuarios y sus familias está contemplada en todos los casos.

En España, desde hace pocos años empieza a tomar fuerza en los ámbitos profesionales el debate sobre la necesidad de implantar un sistema de protección a la dependencia. Recientemente, el Gobierno se ha comprometido a promulgar una ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia en esta legislatura. La difusión del Libro Blanco ha supuesto una puesta al día sobre el estado de la cuestión en esta materia. La dificultad de su puesta en marcha se ve incrementada por la complejidad política del sistema autonómico, con plenas competencias en materia de servicios sociales y sanidad. Se abre un debate que en otros países ha durado décadas. Como en la mayoría de las decisiones importantes, el consenso entre las fuerzas sociales y políticas es indispensable. La opinión de los ciudadanos debería serlo también (gráfico 11). Cualquiera que sea el modelo que se implante será necesario asumir un incremento del gasto en cuidados de larga duración, pero España sigue en los últimos puestos de Europa en gasto social.

La implantación de un sistema de protección a la dependencia supondrá un paso importante en el reparto de responsabilidades. La complementariedad en los cuidados y la mejora de las condiciones de vida de las personas que necesitan ayuda y de sus cuidadores familiares deberían ser su principio de actuación. En definitiva, se trata de reconocer que la potenciación de los servicios sociales es la mejor manera de reforzar la autonomía de las personas dependientes y el bienestar de sus familias, que así podrán seguir afrontando buena parte de las atenciones con mayor ca-

Gráfico 11 – Opinión ante la iniciativa del Gobierno sobre la dependencia. En porcentaje. 2004



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de CIS (2004): *Estudio 2.581.*

lidad y dignidad[23]. La solidaridad pública hace buena la solidaridad familiar. En este momento es la única garantía para mantener un modelo familiar sólido, en el que el ejercicio de la reciprocidad no suponga ya una fuente de conflictos personales y familiares y se convierta en una satisfacción para las personas cuidadoras ante el deber cumplido. Los que necesitan ayuda lo agradecerán.

4. Conclusiones

❑ El modelo mediterráneo de convivencia, solidaridad y relaciones entre las personas mayores y sus familias, caracterizado por estrechos lazos, se mantiene con fuerza en España, a pesar de los cambios demográficos y sociales acaecidos en los últimos años (longevidad, participación femenina en la fuerza laboral, etc.) y del innegable proceso de convergencia con Europa en patrones de conducta y vida cotidiana.

❑ En uno de cada tres hogares españoles reside una persona mayor. En las últimas décadas se ha registrado un incremento de la independencia residencial de la población mayor, con un aumento de los solitarios (que representan el 20% de este colectivo) y de los hogares en los que una pareja reside sola (33%). A pesar de ello, en la mayoría de los casos, los mayores cohabitan con sus hijos o incluso con sus hijos y nietos (38%). Este dato expresa con claridad la fortaleza del sistema familiar y la estrecha relación

[23] Rodríguez, P. (2006): "El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología* (en prensa).

entre las personas mayores y sus familias. Son relativamente muy pocos los mayores que residen en otras formas de hogares (7%) o en una institución. Así pues, los hogares multigeneracionales, con hijos no emancipados o por una reagrupación familiar, han adquirido una importancia relevante en este modelo de convivencia y relación.

❑ La convivencia entre las distintas generaciones de una familia es uno de los principales vehículos de la solidaridad familiar, que atenúa en gran manera las necesidades de ayuda de los mayores que llegan al ámbito público. A diferencia del modelo del norte de Europa, el sistema familista español o meridional, con un alto grado de corresidencia entre generaciones, ha facilitado la sostenibilidad del cuidado de la vejez en una sociedad muy envejecida. Sin embargo, como efecto perverso, se ha generado una excesiva presión sobre las generaciones intermedias, que son las que se han hecho cargo de los casos más graves.

❑ España, al igual que otros países mediterráneos, presenta los porcentajes más elevados de padres mayores e hijos viviendo en el mismo hogar, en el mismo edificio o en proximidad, lo que nos diferencia de los países del centro y del norte de Europa. El modelo "una familia, varios techos" se configura como una oportunidad de mantener mayor autonomía e independencia para las personas dentro de las redes familiares, un modelo adaptado a las nuevas formas de vida, como la fórmula de intimidad a distancia, preferida por la población.

❑ La frecuencia de los contactos entre las personas mayores y sus hijos es más alta en los países meridionales que en el resto de Europa. Por ejemplo, el 81% de los españoles de 80 y más años contacta diariamente con algún hijo, frente al 59% de la media europea, el 29% de Holanda o el 33% de Suecia. Con la edad, aumentan los contactos telefónicos y disminuyen los presenciales, posiblemente por el incremento de las limitaciones en la movilidad. Las mujeres, por otra parte, se relacionan más con sus familiares que los varones.

❑ Las tasas de discapacidad más elevadas se encuentran entre las personas mayores que viven en hogares multigeneracionales u otras formas residenciales, y las más bajas en los que viven en pareja ("nido vacío"). La severidad de la discapacidad también se distribuye de forma diferente; los hogares multigeneracionales u otras formas de hogares presentan el mayor porcentaje de casos graves y los hogares solitarios, en cambio, el más bajo.

❑ Mientras las situaciones de dependencia entre los solitarios resultan alarmantes y muy visibles, debido a la especial vulnerabilidad que les confiere la soledad residencial, las situaciones de dependencia más grave –y que se traducen en una mayor carga de cuidados– son las más invisibles

desde el ámbito público, pues se encuentran en su mayoría en hogares multigeneracionales, en los que especialmente las hijas se hacen cargo de una situación que en muchos casos no trasciende fuera del ámbito familiar, pero que tiene graves consecuencias dentro del hogar.

❑ En el modelo de cuidados "mediterráneo", las necesidades son cubiertas fundamentalmente por la familia: hijas y esposas con perfiles muy carenciales (bajo nivel socioeconómico y amas de casa, sobre todo). Esta solidaridad supone una carga añadida para la familia, especialmente para la hija de edad intermedia, que ve afectadas sensiblemente sus actividades profesionales, laborales y de ocio, sus relaciones sociales y que sufre importantes problemas de salud. Es decir, las oportunidades que ofrecen los modelos de convivencia y de vida en España pueden generar graves problemas en el seno familiar cuando las personas mayores requieren cuidados intensos.

❑ Los índices de cobertura de los servicios sociales para las personas mayores se sitúan muy por debajo de la media europea. España sigue manteniendo una distancia con Europa superior a siete puntos del PIB en gasto en protección social global; también ocupa el último lugar en protección a la familia.

❑ Especial mención merecen los servicios domiciliarios, mucho menos desarrollados que los institucionales, en un país con sólidas redes comunitarias, sociales y familiares. Además, se centran de forma especial en personas que viven en soledad, por lo que indirectamente el sistema de atención reposa en la generosidad de las familias que afrontan el cuidado de los más dependientes; es decir, la subsidiariedad en la organización de los programas sociales ha discriminado a las familias más solidarias, que reciben menos beneficios sociales de apoyo a los dependientes, creando, por tanto, un problema de inequidad. También es paradójico que la sociedad española, con estrechos lazos familiares y sociales, presente menos iniciativas de voluntariado que el resto de Europa.

❑ El modelo de atención a la dependencia, basado hasta ahora en la aplicación del principio de subsidiariedad y con evidentes efectos perversos, debe ofrecer continuidad en la provisión de los cuidados y la complementariedad y coordinación entre los sistemas sanitario y social, las Administraciones Públicas y la iniciativa social. Así mismo, debe tener en cuenta la opinión de los ciudadanos y desarrollar un abanico de servicios que hagan posible la permanencia de los mayores en su entorno habitual. Las alternativas residenciales, unidades de convivencia o residencias, se integrarían en esta oferta comunitaria, ofertando también servicios de proximidad.

❑ La implantación de un modelo de atención a la dependencia necesita un obligado proceso de planificación y consenso: con las Administraciones autonómicas y locales, que ostentan las competencias exclusivas en materia de servicios sociales y, en consecuencia, van a cofinanciar y gestionar el nuevo sistema nacional de dependencia; y con los proveedores privados de servicios, cuya oferta va a ser utilizada directa o indirectamente para la aplicación de esta esperada ley de dependencia. La planificación a escala local y autonómica, basada en necesidades reales y no sólo en criterios de mercado, es indispensable.

❑ En definitiva, la solidaridad pública es necesaria para mantener el sólido sistema de apoyo familiar y de intercambio de cuidados entre sus miembros, a través de la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia. Es necesario que este problema salga del estricto ámbito de la intimidad para convertirse en una responsabilidad social. De ahí la imperiosa necesidad de una ley de atención a la dependencia[24]. Esta ley debe centrarse en el individuo, en la gravedad de su situación y no sólo en las características de convivencia u otras razones circunstanciales, para eliminar las desigualdades o inequidades entre personas, familias y territorios.

---

[24] Estando en redacción este capítulo, el Gobierno aprobó el "Anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes" (23-12-2005). Una primera lectura de su contenido evidencia la importancia histórica para la sociedad española de esta decisión política. El reconocimiento de un nuevo derecho de ciudadanía que garantice la atención y cuidados a las personas dependientes supone un indudable avance para nuestro sistema de protección social y, en definitiva, para el bienestar de los ciudadanos.

Sin embargo, la lectura de dicho proyecto suscita bastantes incertidumbres que esperamos que, tanto en el debate parlamentario como en el proceso de desarrollo y puesta en marcha de la ley, se vayan aclarando. La determinación explícita del nuevo derecho subjetivo y su carácter universal son principios que no deberían generar dudas. Por otra parte, al ser una ley que regula condiciones básicas, adolece de inconcreciones: financiación, gestión de los servicios, intensidad y cuantía de las prestaciones, garantías, participación del sistema sanitario, modalidades de copago, etc.

Deseamos que algunas de las aportaciones realizadas en este trabajo puedan contribuir a clarificar el debate que sin duda presidirá la actividad de políticos, planificadores y expertos en los próximos años.