

La provisión de cuidados informales a las personas con discapacidad: Horas de cuidados y participación en el mercado laboral

Informal care for the disabled: hours of care and labour market participation

Oscar D. Marcenaro-Gutiérrez*

Universidad de Málaga

Rocío de la Torre Díaz

Fundación Centro de Estudios Andaluces

Mónica Domínguez-Serrano

Universidad Pablo de Olavide

Recibido, Septiembre de 2011; Versión final aceptada, Mayo de 2012.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad, Género, Cuidados, Mercado laboral, Andalucía.

KEY WORDS: Dependence, Disabled, Gender, care-giving, Labor market, Andalucía.

Clasificación JEL: J14, J16, R13.

RESUMEN:

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

Los resultados permiten afirmar que la fuerte feminización de la atención a las personas con discapacidad afecta de forma significativa a sus posibilidades laborales construyendo las oportunidades de progreso de las mujeres.

ABSTRACT:

The purpose of this research was to examine the profiles of those who provide informal care to disabled people. Among other issues we assess how care giving for disabled people constraints labor market opportunities of caregivers, particularly for women. To this aim the paper has followed

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

two alternative econometric strategies to model the likelihood of being working and the amount of time devoted to care-giving, by those providing it. First, we considered the two decisions as independent from each other (i.e. we assumed the number of hours of care is exogenous -does not depend- on the probability of working in the labor market and vice versa). Thus we estimate two separate equations, the first to estimate the correlation between the number of hours of care provided to the disabled by the informal caregiver against a set of variables that potentially could condition on this (by Ordinary Least Squares, OLS); and the second to determine the effect of some factors on the probability that the caregiver combines this activity with the participation in the labor market -using a Probit regression procedure-.

Secondly, we considered that both decisions are taken simultaneously. Therefore we run both equations as part of a simultaneous equations system. As we have to deal simultaneously with a discrete defined variable (likelihood of having a job) and a continuous one (care-giving hours), we run a Two-Stage Probit Least Square model (2SPLS), which is similar to a two-stage instrumental variable technique. Due to the simultaneity we face potential endogeneity problems. To sort this out, reduced-form equations for each of the endogenous variables are estimated initially. The reduced form equation for the continuous variable is estimated in the usual fashion, using OLS, while the reduced-form equation for the binary choice variable is estimated via Probit model. The parameters from the reduced-form equations are then used to generate a predicted value for each endogenous variable, and these predicted values are then substituted serving as instruments. It has been shown that the estimates obtained in this second stage are consistent.

To implement the above mentioned methodology data from EDAD- 2008 are used. This survey contains a representative sample of disabled people from all over Spain, being representative at the Spanish regions level. We constraint our sample to those aged from 25 to 64 years old providing informal care.

Among the set of regressors we consider disabled person's sex, caregiver's age, education level, marital status, degree of disability, relationship with the disabled and controls for the different regions of Spain. The independent estimation shows that a woman informal caregiver working in the labor market devotes, on average, 3 hours and 15 minutes less to care than a comparable one but not working in the labor market. The probability of being working for money is reduced by hours of care. Likewise, the caregiver's age parameter is significant and positive showing that older care-givers (women) spend more time on this task. However, this correlation does not hold when the decision of being working in the labor market is considered. Caregiver's education does not influence the hours of care, but the effect is significant and positive for participation in the labor market. Separated or divorced women assume more burden of care and are more likely to get paid work than married women. When we compared regions, andalusian women spend, on average, more time on care-giving and present lower likelihood of being working (for money).

Regarding with the estimation of the simultaneous estimation, the instrument replacing the probability to have a paid job exhibits a significant negative correlation with hours of care, being this coefficient bigger than when we considered independent estimations. However the instrument used to replace hours of care shows a lack of causality between the hours of care and the probability to participate in the labor market. Thus, we may infer that the choice to work or not in the labor market for women is conditioned on the care-giving decision, but the reverse is not necessarily true.

Our descriptive analyses suggests that women (aged 25-64) keep providing more informal care than men, which makes them to reduce their labour supply. Despite women's role is evolving, a long way to run still remains.

Nevertheless, despite of the fact that we should take these results with caution as the available instruments are weak -due to data constraints-, our estimates confirm the need to analyze both decisions simultaneously to avoid biases.

To conclude, from the results it follows that it is essential the institutions provide formal support resources to meet the needs of the disabled and dependant people in order to improve their live

conditions and also the live conditions of their caregivers, especially women. The institutions should promote an acceptable division of labour between men and women, which implies that the availability of women continuing to take on the role of altruistic care-giver should not be assumed.

Labour market policies should emphasize on making flexibility a key issue for those who provide informal care and wish to develop a professional career, as that is the only way to guarantee equality of opportunities. Additionally the provision of services, on a daily basis, to assist informal individual carers has to be a priority for health authorities.

1. INTRODUCCIÓN

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

En concreto el interés en este trabajo de investigación se ha centrado en la atención a las personas con discapacidad en Andalucía y su comparación con el resto de España, por una triple razón. Por una lado, por el enorme peso relativo en la sociedad de este colectivo humano, ya que según los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), la cifra de personas residentes en hogares ubicados en territorio español que declararon, en 2008, padecer alguna discapacidad ascendió a 3,85 millones (8,5% del total de la población); la importancia de esta cifra es aún más notable en el caso de las mujeres que representan el 60% de esa cuantía, con una fuerte concentración en las mayores de 45 años¹, tanto en Andalucía como el resto de España. Estos porcentajes sólo están muy ligeramente por debajo de los observados en la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) realizada con el mismo objetivo en 1999, lo que puede tomarse como medida de la relevancia y constancia de este fenómeno. Por otro lado, porque la atención a estas personas pone de relieve la importancia de la familia y, especialmente de las mujeres, en la provisión de cuidados a dependientes, en general, y en particular a las personas que sufren algún tipo de discapacidad, pues la provisión de cuidados por parte del sector público y del voluntariado es de relativamente escasa importancia, al menos en comparación con lo que se observa en otros países de nuestro entorno². Por último, centrarnos en

1 Como consecuencia de un mayor porcentaje de personas con discapacidad mayores de 64 años (57,8%).

2 Por ejemplo en el estudio OASIS (*Old Age and Autonomy: The Role of Social Services Systems and Intergenerational Family Solidarity*), que comparó el modelo de cuidados de los mayores de 74 años en Inglaterra, Israel, Alemania, Noruega y España concluyó, según se presenta en Bazo y Ancizu

Andalucía en comparación con el resto de España responde a que esta comunidad autónoma es la que presenta mayor tasa de paro entre mujeres (durante el periodo de realización de la encuesta -2007 y 2008-) lo que puede condicionar el potencial dilema entre cuidados y trabajo remunerado; además Andalucía presenta la mayor media conjunta de horas de cuidados recibidas por las personas cuidadas y número de horas al día que la persona cuidadora dedica a prestar los cuidados personales, y es, por otra parte, la de mayor tamaño muestral.

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

En lo que respecta a la literatura previa relativa a nuestro objeto de estudio, en el ámbito español destaca el trabajo de Jiménez y Vilaplana (2009) que analizan la relación entre cuidados formales e informales, tratando de determinar si debemos hablar de un efecto sustitución o complementariedad entre ambos tipos de cuidados; restringen la muestra a los cuidados prestados a personas en situación de dependencia de 40 años o más³, por lo que tanto el objetivo como la población analizada difieren en nuestro estudio. Más cercana a nuestra investigación se encuentra la aportación de Crespo y Mira (2010) que, empleando datos de la Encuesta Europea sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación (*SHARE*), concluyen afirmando la existencia de un dilema entre la intensidad de los cuidados prestados por hijas a sus progenitores/as con dependencia y la participación en el mercado laboral, comparando diferentes países europeos⁴. De forma similar, Bolin *et al.* (2008) utiliza la primera oleada de la misma encuesta (*SHARE*) para estimar el efecto de las horas de cuidado informal proporcionado a los/as padres/madres de edad avanzada en el

(2004), que España era el país en el que menor proporción de mayores de 74 años recibía cuidado de los servicios públicos. Desde una perspectiva más general y según se muestra en OECD (2011, página 177) España se encuentra entre los países que menor porcentaje del PIB dedica al gasto público en cuidados de larga duración (en 2009), al destinar sólo el equivalente al 0,65% del PIB, muy lejos de la media de la OCDE que se sitúa en más del doble (1,39%), y a mayor distancia aún de los países con un modelo de cuidado nórdico. Entre estos últimos Suecia, Finlandia y Dinamarca muestran cifras del 3,7%, 2,5% y 2,2% respectivamente. A medio camino entre los países de modelo mediterráneo y nórdico se sitúan países como Francia, Austria o Alemania, con un gasto público en este tipo de cuidados que representan el 1,8%, 1,2% y 1%, respectivamente, que pueden ser catalogados dentro del modelo continental.

- 3 En concreto hacen uso de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999).
- 4 La muestra está compuesta únicamente por mujeres de entre 50 y 60 que cuidan de su padre y/o madre; en total 894 mujeres residentes en 11 países distintos, lo que restringe de forma severa el tamaño muestral por países.

empleo, en las horas de trabajo y en los salarios de los hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 50 y los 64 años. Byrne *et al.* (2009), por su parte, estiman un modelo de teoría de juegos en el cual cada hermano/a elige la oferta de trabajo, las horas de cuidados informales y la contribución al cuidado formal en función de las decisiones tomadas al respecto por los otros componentes de la familia.

Desde un punto de vista teórico, una de las principales líneas de argumentación para explicar las decisiones relativas a la prestación de cuidados informales es el denominado “modelo de comportamiento”⁵ (véase Coleman, 1993, y Andersen, 1995). En síntesis este modelo plantea como eje central de la toma de decisiones la relación entre la realización de actividades y las decisiones relativas al uso del tiempo; en concreto se parte de suponer que las personas que prestan cuidados informales tienen un comportamiento altruista respecto de las personas que reciben los cuidados, puesto que se sienten recompensados por prestar ayuda a las personas que lo necesitan. De esta forma las actividades de cuidado forman parte de los argumentos de la función de utilidad del cuidador/a.

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

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

El resto del trabajo se estructura como sigue: en el segundo epígrafe se comentan los datos que sirven de base al análisis realizado así como los principales rasgos de la estrategia econométrica seguida, antes de presentar, en la sección tercera, los resultados de las estimaciones realizadas. Finalizaremos aportando

5 Conocido en la literatura sajona, donde surge, como “*behavioural model*”.

algunas conclusiones sobre el perfil de las personas que prestan los cuidados informales en Andalucía y su comparación con el resto de España, así como los dilemas a que se enfrentan en términos de prestación de cuidados y/o participación en el mercado laboral, aportando algunas reflexiones sobre esta cuestión en el apartado de conclusiones –sección cuarta–.

2. FUENTE ESTADÍSTICA Y METODOLOGÍA

2.1. Fuente estadística

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

La EDAD-08 es la encuesta más reciente con representatividad a nivel nacional y por comunidades autónomas que existe al respecto. El núcleo de nuestros análisis multivariantes se realizará sobre una muestra de mujeres y hombres de 25 a 64 años de edad que son clasificados en la EDAD-08 como cuidadores/as informales principales⁷. La elección de este extremo superior de edad responde a la necesidad de excluir a las personas jubiladas, y el extremo inferior se corresponde con la edad a la que, aproximadamente, el 90% de la clase trabajadora española comienza a buscar su primer trabajo remunerado después de haber finalizado estudios superiores; eligiendo este intervalo de edad pretendemos, por tanto, analizar un grupo con oportunidades laborales más comparables. Además se excluye cualquier cuidador/a cuya tarea de cuidados vaya dirigida a atender a una persona con discapacidad menor de 6 años de edad⁸.

- 6 Esta encuesta fue realizada por el INE en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre la Discapacidad y el IMSERSO, así como con la Fundación ONCE, el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) y la FEAPS (Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual).
- 7 En general, las personas cuidadoras principales tienen una red de cuidadores/as secundarios/as que les ayudan en actividades de asistencia a la persona con dependencia (Villalba, 2002).
- 8 Se excluye a esta subpoblación debido a su reducido tamaño muestral, y a que para algunas de las variables sociodemográficas de las personas cuidadoras no residentes de limitados -en la EDAD-08- no contienen información (por ejemplo: sexo, edad, estado civil, etc,...). Igualmente se han excluido de la muestra las personas con discapacidad que cuidan de otras.

2.2. Principales características de las personas con discapacidad y las personas que las cuidan

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

La información contenida en la EDAD-08 es muy rica respecto al perfil de las personas con discapacidad, aunque no tanto en lo referido a sus cuidadores/as; no obstante contiene un conjunto de variables que nos pueden ayudar a definir hasta qué punto existe un dilema entre prestación de cuidados y el desarrollo de una actividad profesional remunerada en el mercado laboral. Entre las variables que consideramos, a priori, pueden condicionar este dilema encontramos el sexo del cuidador/a informal, su edad, el nivel educativo más alto alcanzado, su estado civil, el número de días por semana que dedica a los cuidados, si reside o no en el mismo domicilio que la persona receptora de los cuidados y el parentesco con ésta, así como la comunidad autónoma de residencia. A estos condicionantes se les añaden algunas características de la persona que recibe los cuidados, como son el sexo de la persona con discapacidad, el nivel de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria⁹ -ABVD- (construido a partir del Índice de Katz¹⁰) y el nivel de dependencia para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria¹¹ -AIVD- (construido a partir del Índice de Lawton y Brody (L-B))¹².

Por último hemos incluido una serie de variables que nos ayudarán a acometer la estrategia de estimación del modelo de regresión cuyos resultados presentaremos en la subsección tercera; estas variables son, en primer lugar, la variable "formación para cuidar" que contiene la información relativa a si el/la cuidador/a responde sí a

- 9 Se refiere al "conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros" (Baztán *et al.* 1994). Partiendo de la información incluida en EDAD-08 hemos considerado como ABVD: baño, vestido, uso del WC, movilidad, continencia y alimentación.
- 10 Katz *et al.* (1963). No se aporta el procedimiento seguido para la construcción del índice de Katz y el de Lawton-Brody por razones de espacio.
- 11 Se entiende por tal las actividades "que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad" (Baztán *et al.* 1994). Partiendo de la información incluida en EDAD-08 hemos considerado como ABVD: utilizar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, hacer las tareas del hogar (lavar la ropa, limpiar, etc.), utilizar medios de transportes y conducir vehículo propio, así como cumplir con las prescripciones médicas.
- 12 Lawton y Brody (1969). En Trigás *et al.* (2011) puede encontrarse una revisión de ésta y otras escalas de valoración funcional.

la pregunta “Ante las tareas derivadas del cuidado de la persona, ¿cree que para llevarlas a cabo necesitaría más formación especializada de la que tiene?”. De forma análoga, la variable “no tiene problemas para cuidar” toma el valor “1” cuando el cuidador/a responde afirmativamente a la cuestión “Ante las tareas derivadas del cuidado de la persona no tiene ninguna dificultad”. Por otro lado hemos construido la variable “ajuste en horas de cuidados” que toma el valor “1” cuando las horas dedicadas a la prestación de cuidados a la persona con discapacidad por su cuidadora principal es igual al número de horas que la persona con discapacidad afirma recibir de las personas que le prestan esta ayuda. Esta variable se ve complementada con otra que indica si el número de horas dedicadas es inferior al que la persona dice recibir (cuando ese número de horas es mayor nos encontraremos en el caso de la persona que conforma el perfil de referencia). Por último se emplea un conjunto de variables dicotómicas que controlan por el número de años que se vienen prestando los cuidados.

Antes de pasar a comentar el perfil observado para las personas suministradoras de cuidados informales, resulta relevante enfatizar la mayor prevalencia de situaciones de discapacidad entre las mujeres que entre los hombres (59%). En la EDAD-08 se observa que las mujeres presentan problemas de discapacidad en mayor proporción a edades avanzadas, especialmente a partir de los 80 años -donde representan dos de cada tres personas dependientes¹³-. Esa mayor tasa de discapacidad podría venir explicada, en parte, además de por el hecho de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida y por la mayor prevalencia de enfermedades crónicas pre-existentes para éstas, porque son las mujeres las que se dedican en mayor proporción al suministro de cuidados, lo que puede repercutir en su estado de salud en los estadios más avanzados de su vida. Es precisamente ese rasgo de feminización en la atención a las personas con discapacidad una de las cuestiones más acusadas cuando se analiza el perfil de las personas cuidadoras. En línea con estos argumentos, según la EDAD-08, el 77,5% (73,8% en España) de la población andaluza que presta cuidados informales son mujeres, porcentaje que se eleva hasta el 96,5% en el caso de los cuidados formales -atención remunerada, profesionalizada o no- (Cuadros 1 y 2). Además cuanto mayor es la edad de la persona en situación de discapacidad más se profundiza esta brecha de género. Una vez reducimos la muestra a cuidadores/as de entre 25 y 64 años, las mujeres representan el 82% de las que prestan cuidados informales.

13 No obstante no se ha podido establecer en la literatura una relación clara directa entre sexo y dependencia (Waidman y Liu, 2000; Femia *et al.*, 2001).

CUADRO 1
PROPORCIÓN (%) DE CUIDADORES/AS, SEGÚN SEXO Y SITUACIÓN DE RESIDENCIA RESPECTO A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD (ESPAÑA)

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

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

Nota*: Los porcentajes contenidos en la tabla corresponden a la muestra sin restringirnos a cuidadores/as de entre 25 y 64 años.

CUADRO 2
PROPORCIÓN (%) DE CUIDADORES/AS, SEGÚN SEXO Y SITUACIÓN DE RESIDENCIA RESPECTO A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD (ANDALUCÍA)

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

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

Nota*: Los porcentajes contenidos en la tabla corresponden a la muestra sin restringirnos a cuidadores/as de entre 25 y 64 años.

Si se profundiza en la información aportada en los Cuadros 1 y 2, vemos las diferencias en formas de convivencia entre mujeres y hombres cuidadoras/es-receptoras/es de los cuidados, es decir si el/la cuidador/a convive o no en el mismo hogar. Los datos confirman la tendencia general observada en los países desarrollados (Jenson y Jacobzone, 2000), en cuanto que en la mayoría de los casos los

cuidadores/as informales conviven en el mismo hogar que la persona discapacitada a la que atienden¹⁴, tanto en el caso de mujeres como hombres cuidadoras/es.

Respecto a la edad de la persona que presta los cuidados informales, puede esperarse una relación directa entre ésta y la mayor o menor asunción de tareas de cuidados, así como su intensidad, pues, tal como se ha argumentado en la literatura para el caso de las mujeres cuidadoras, las mujeres jóvenes pueden estar percibiendo un mayor coste de oportunidad asociado a cuidar, relacionado, por ejemplo, con los conflictos para compatibilizar empleo remunerado y prestación no remunerada de cuidados (Biurrun *et al.*, 2003; García *et al.*, 2004). Los datos presentados en el Cuadro 3 corroboran la existencia de un número creciente de horas de cuidados a medida que aumenta la edad de la persona cuidadora.

En lo que respecta al estado civil, destaca el colectivo de personas casadas y solteras, frente a viudas, separadas y divorciadas; en concreto el 67,8 % de las personas cuidadoras informales están casadas, el 19,6% están solteras, lo que resulta consistente con lo observado en el resto de los países de la UE-15¹⁵.

El parentesco es otra variable de peso a la hora de analizar los cuidados informales. En la EDAD-08 se obtiene que el 89,4% de las personas con discapacidad entre 6 y 65 años reciben cuidados de un/a cuidador/a residente (tanto formales como informales) siendo el porcentaje de cuidadores/as familiares, y por tanto informales, el 88,3%. También se observa que el 89,2% de los/as cuidadores/as, tanto residentes como no residentes, son familiares de la persona con discapacidad (y el 91,7% en Andalucía). Descendiendo a un mayor nivel de desagregación, resulta que son las hijas, esposas/parejas y madres las que asumen en mayor medida el cuidado¹⁶. En España, los/as descendientes de las personas con discapacidad son los/as principales proveedores/as de ayuda familiar a las personas mayores dependientes, y en un 76% de los casos éstos son mujeres. Según datos de la EDAD-08, el 25,9% de los cuidadores/as residentes en el hogar de la persona con discapacidad son las hijas, el 17,8% son las esposas y el 13,3% son las madres, destacando los hombres únicamente entre los cuidadores de sus parejas/esposas (16,5%). Aún mayor es la proporción de hijas cuidadoras cuando nos centramos en las cuidadoras no residentes, que representan casi la mitad de éstas; en el caso de Andalucía se acentúa aún más el papel de éstas, representando el 60% de las

14 A pesar de que, como señala Pitrou (1997), uno de los principales temores manifestados por personas con dependencia es ser una carga para las personas con las que convive.

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

16 La persona interesada puede acceder a las correspondientes tablas requiriéndosela a los/as autores/as.

cuidadoras de sus madres¹⁷. En general ese parentesco entre persona cuidadora y cuidada depende del estado civil de la persona con discapacidad puesto que se aprecia que en el 70,6% de los casos, cuando la persona con discapacidad es viudo/a lo cuida un/a descendiente. Si la persona con discapacidad está casado/a, un 73,2% de los/as mismos/as es cuidada por su cónyuge/pareja y si está soltero/a lo cuida su padre/madre en un 64,7% de los casos (EDAD-08).

Además emerge un curioso patrón de género cuando se observa de forma detenida el sexo de la persona atendida. Así al 61,1 % de las mujeres con discapacidad las cuida otra mujer (EDAD-08), y sólo al 10,6% de los hombres con discapacidad los cuida un hombre –aún menor en Andalucía, 8,8%, puesto que éstos últimos prácticamente sólo cuidan de sus esposas/parejas¹⁸. Ese rol tradicional de género tiene manifestaciones también en las tareas de cuidado desempeñadas, puesto que según los datos de EDAD-08 las mujeres cuidadoras residentes en el mismo hogar que la persona con discapacidad se dedican en mayor medida a las ayudas en tareas como darles de comer (22,6% de mujeres frente a 13,4% de hombres), vestirse/desvestirse (36,1% *versus* 32,9%) y asearse/bañarse (18,1% frente a 14,2%)¹⁹. Los hombres, en cambio, prestan más ayudas que las mujeres en tareas como ayudar a moverse tanto por la casa como por la calle (15,4% de los hombres frente a 8,5% de las mujeres), hacer compras (17,1% y 7,6%, respectivamente) y preparar comidas, hacer otras tareas del hogar y tomar la medicación (5,9% y 5,3%, respectivamente)²⁰. Cuando se trata de una persona cuidadora no residente los porcentajes son inferiores pero la relación entre hombres y mujeres es la misma²¹.

- 17 En el contexto de los estudios de género, como señala Tobío (2008), ha cobrado mucha fuerza, por su relevancia, el debate sobre el contrato implícito y desigual entre hombres y mujeres que subyace en la llamada reciprocidad o solidaridad intergeneracional.
- 18 La persona interesada puede acceder a las correspondientes tablas requiriéndosela a los/as autores/as.
- 19 Esas diferencias de proporciones entre mujeres y hombres resultan estadísticamente significativas (a un nivel de significación de al menos el 5%) en el caso de las actividades que implican darles de comer y aseo, pero no vestirse.
- 20 Esas diferencias de proporciones entre hombres y mujeres resultan estadísticamente significativas (a un nivel de significación de al menos el 5%) tanto en el caso de las actividades de movilidad, hacer compras y preparar comidas, pero no en hacer otras tareas del hogar y tomar la medicación.
- 21 Jenson y Jacobzone (2000) muestran con datos que incluso cuando un hombre está implicado en una tarea de cuidado, las mujeres asumen la principal responsabilidad y los hombres tienen más probabilidad de asumir el rol de "asistente o ayudante complementario".

CUADRO 3
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES CONSIDERADAS EN
LA ESTIMACIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN AMPLIADA DEL SISTEMA DE
ECUACIONES SIMULTÁNEAS

	ESPAÑA				ANDALUCÍA			
	Horas de dedicación		Trabajando (con remuneración)		Horas de dedicación		Trabajando (con remuneración)	
	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.
Hombre con discapacidad	11,84	8,86	0,34	0,47	14,10	8,95	0,26	0,44
Mujer con discapacidad	11,55	8,76	0,43	0,50	13,08	9,00	0,34	0,47
Hombre cuidador	9,56	8,56	0,58	0,49	10,72	8,89	0,51	0,50
Mujer cuidadora	12,10	8,78	0,36	0,48	13,89	8,93	0,28	0,45
De 25 a 34 años (cuidador/a)	9,17	8,08	0,47	0,50	10,18	8,50	0,36	0,48
De 35 a 44 años (cuidador/a)	10,53	8,51	0,50	0,50	11,83	8,82	0,42	0,49
De 45 a 54 años (cuidador/a)	11,45	8,69	0,46	0,50	14,05	8,79	0,34	0,47
De 55 a 64 años (cuidador/a)	13,08	8,97	0,26	0,44	15,43	8,99	0,15	0,36
No sabe leer ni escribir	15,08	9,20	0,07	0,25	15,30	9,24	0,03	0,17
Primaria incompleta (cuidador/a)	13,48	8,92	0,19	0,39	15,11	9,00	0,15	0,36
Primaria completa (cuidador/a)	12,40	8,91	0,32	0,47	14,26	8,90	0,27	0,44
Secundaria 1ª etapa (cuidador/a)	10,81	8,60	0,42	0,49	12,40	9,04	0,33	0,47
Bachillerato (cuidador/a)	10,77	8,46	0,50	0,50	12,03	8,55	0,39	0,49
FP medio (cuidador/a)	10,82	8,36	0,52	0,50	12,54	8,85	0,41	0,49
FP superior (cuidador/a)	9,17	8,22	0,66	0,48	11,18	8,76	0,55	0,51
Estudios universitarios (cuidador/a)	9,53	8,32	0,72	0,45	10,22	8,52	0,68	0,47
Soltero/a (cuidador/a)	11,01	8,54	0,53	0,50	12,82	8,93	0,42	0,49
Casado/a (cuidador/a)	11,54	8,83	0,36	0,48	13,27	9,02	0,27	0,44
Viudo/a (cuidador/a)	13,75	8,55	0,32	0,47	16,92	8,36	0,28	0,45
Separado/a o divorciado/a (cuidador/a)	13,18	8,92	0,51	0,50	14,89	8,73	0,45	0,50
Cuida menos de 1 día	3,35	4,84	0,48	0,50	9,25	10,63	0,25	0,50
Cuida 1 día a la semana	6,15	7,12	0,59	0,50	5,67	7,33	0,56	0,53
Cuida de 2 a 3 días a la semana	5,17	6,33	0,68	0,47	7,00	7,82	0,59	0,50
Cuida de 4 a 5 días a la semana	5,66	5,67	0,57	0,50	7,68	6,27	0,47	0,51
Cuida de 6 a 7 días a la semana	12,12	8,78	0,38	0,49	13,82	8,95	0,30	0,46
Cuidador/a informal residente	12,60	8,93	0,40	0,49	14,94	8,96	0,31	0,46
Cuidador/a informal no residente	7,41	6,68	0,41	0,49	8,24	6,94	0,33	0,47
Formación para cuidar	14,02	8,52	0,41	0,49	15,88	8,31	0,31	0,47
No tiene formación para cuidar	11,24	8,77	0,40	0,49	13,00	9,04	0,31	0,46
No tiene problemas para cuidar	9,24	8,35	0,44	0,50	11,00	8,95	0,33	0,47

continúa...

CUADRO 3
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES CONSIDERADAS EN
LA ESTIMACIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN AMPLIADA DEL SISTEMA DE
ECUACIONES SIMULTÁNEAS

	ESPAÑA				ANDALUCÍA			
	Horas de dedicación		Trabajando (con remuneración)		Horas de dedicación		Trabajando (con remuneración)	
Tiene problemas para cuidar	13,26	8,71	0,37	0,48	14,63	8,77	0,30	0,46
Subajuste en horas de cuidados	8,23	6,10	0,53	0,50	8,85	6,24	0,46	0,50
Ajuste en horas de cuidados	12,22	9,16	0,36	0,48	14,28	9,24	0,27	0,44
Sobreajuste en horas de cuidados	12,30	8,12	0,50	0,50	13,82	8,43	0,41	0,49
Menos de 1 año	11,75	9,15	0,41	0,49	13,40	9,24	0,30	0,46
De 1 a 2 años cuidando	11,08	8,89	0,41	0,49	12,48	9,05	0,30	0,46
De 2 a 4 años cuidando	10,52	8,61	0,43	0,50	12,34	9,32	0,37	0,48
De 4 a 8 años cuidando	11,39	8,65	0,41	0,49	12,86	9,16	0,32	0,47
8 y más años cuidando	12,38	8,81	0,37	0,48	14,27	8,70	0,29	0,45
Cuidador/a cónyuge/pareja	10,75	9,24	0,40	0,49	13,50	8,91	0,31	0,46
Cuidador/a hijo/a	11,51	8,66	0,42	0,49	13,04	8,92	0,34	0,47
Cuidador/a padre/madre	13,75	8,64	0,33	0,47	16,10	8,49	0,22	0,42
Cuidador/a hermano/a	11,97	8,69	0,35	0,48	12,65	8,58	0,28	0,45
Cuidador/a nieto/a	9,76	8,18	0,52	0,50	9,62	7,88	0,46	0,52
Cuidador/a yerno/nuera	11,79	8,83	0,38	0,49	13,20	9,20	0,30	0,46
Cuidador/a cuñado/a	9,00	8,54	0,50	0,51	3,33	1,15	0,67	0,58
Cuidador/a otro pariente	11,42	8,55	0,39	0,49	14,89	8,74	0,20	0,40
Cuidador/a amigo/a	3,16	2,14	0,37	0,50	3,40	1,67	0,20	0,45
Sin dependencia (Katz)	13,08	8,44	0,42	0,51	14,67	8,33	0,33	0,58
Dependencia leve (Katz)	9,03	8,25	0,42	0,49	10,98	8,80	0,34	0,48
Dependencia media (Katz)	10,75	8,42	0,41	0,49	12,41	8,89	0,36	0,48
Dependencia alta (Katz)	15,74	8,11	0,33	0,47	17,40	7,89	0,23	0,42
Indicador de Katz no aportado	9,79	8,64	0,45	0,50	11,42	8,93	0,34	0,47
Sin dependencia (L-B)	9,62	8,48	0,40	0,49	13,78	8,96	0,32	0,47
Dependencia leve (L-B)	7,89	7,83	0,48	0,50	8,89	8,18	0,36	0,48
Dependencia media (L-B)	13,61	8,59	0,37	0,48	15,27	8,56	0,29	0,46
Dependencia alta (L-B)	17,44	7,09	0,25	0,43	19,47	6,82	0,18	0,39
Indicador de L-B no aportado	8,61	8,46	0,43	0,50	11,32	9,47	0,33	0,47
Peso bajo	13,65	8,48	0,36	0,48	15,21	8,58	0,30	0,46
Peso normal	11,80	8,86	0,42	0,49	14,15	8,87	0,29	0,45
Sobrepeso	11,00	8,78	0,40	0,49	12,99	8,98	0,26	0,44

continúa...

CUADRO 3
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES CONSIDERADAS EN
LA ESTIMACIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN AMPLIADA DEL SISTEMA DE
ECUACIONES SIMULTÁNEAS
(CONCLUSIÓN)

	ESPAÑA				ANDALUCÍA			
	Horas de dedicación		Trabajando (con remuneración)		Horas de dedicación		Trabajando (con remuneración)	
Obesidad	11,23	8,66	0,40	0,49	13,03	9,06	0,36	0,48
Obesidad mórbida	11,66	8,88	0,35	0,48	13,58	9,13	0,30	0,46
Andalucía	13,43	8,99	0,31	0,46	-	-	-	-
Aragón	9,24	8,01	0,43	0,50	-	-	-	-
Asturias (Principado de)	9,74	7,65	0,43	0,50	-	-	-	-
Baleares (Illes)	11,16	8,18	0,54	0,50	-	-	-	-
Canarias	12,96	8,01	0,33	0,47	-	-	-	-
Cantabria	13,23	8,26	0,41	0,49	-	-	-	-
Castilla y León	10,03	8,69	0,45	0,50	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	10,64	8,88	0,32	0,47	-	-	-	-
Cataluña	11,79	8,80	0,51	0,50	-	-	-	-
Comunidad Valenciana	11,93	9,16	0,41	0,49	-	-	-	-
Extremadura	13,60	8,97	0,39	0,49	-	-	-	-
Galicia	9,76	8,02	0,46	0,50	-	-	-	-
Madrid (Comunidad de)	14,04	8,56	0,41	0,49	-	-	-	-
Murcia (Región de)	12,51	7,95	0,36	0,48	-	-	-	-
Navarra (Comunidad Foral)	12,43	8,99	0,56	0,50	-	-	-	-
País Vasco	9,37	8,81	0,46	0,50	-	-	-	-
Rioja (La)	8,71	8,55	0,66	0,48	-	-	-	-
Ceuta y Melilla	14,04	8,58	0,22	0,41	-	-	-	-
Número de observaciones	5170		5170		1261		1261	

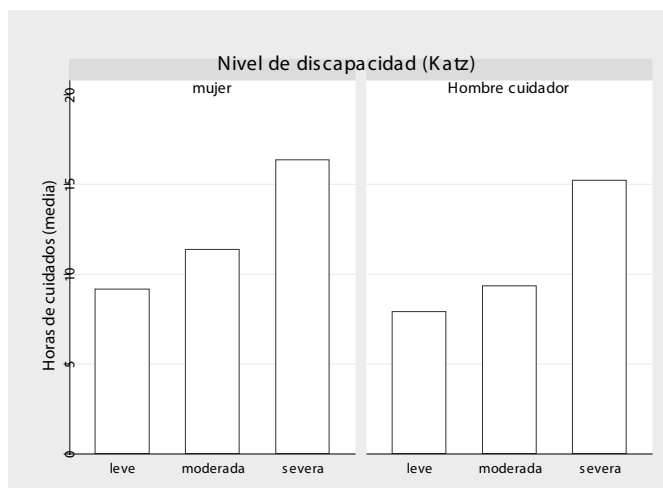
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EDAD-08.

Nota: Los valores medios y desviaciones estándar han sido calculados sobre la muestra que ha servido de base a las estimaciones presentadas en la sección 3.

Una cuestión central en nuestro análisis, relacionada con las tareas de cuidados prestadas, es la intensidad del cuidado informal, por cuanto nuestras estimaciones multivariantes tratan de esclarecer el dilema entre el número de horas de cuidados prestadas y la dedicación al mercado laboral. En España, los datos de la EDAD-08 apuntan a que el 93,9% del total de personas cuidadoras –informales- proporciona

una ayuda diaria, elevándose ésta a más de 72,8 horas de cuidados semanales²² -96% si residen en el mismo domicilio que la persona con discapacidad y 71% si no-. La media de ayuda diaria prestada por éstas es de 11,6 horas²³; en Andalucía asciende a 13,4. Conforme aumenta la edad de la persona en situación de discapacidad lo hace el número medio de horas que se le prestan de cuidados, siendo éste de 12,1 cuando tiene más de 50 años de edad, y 12,4 cuando supera los 64 años. De forma similar el número de horas de cuidados mantiene una clara correlación con el grado de severidad de la discapacidad padecida por la persona cuidada, tanto en lo que se refiere a las AVBD como AIVB (Figuras 1 y 2).

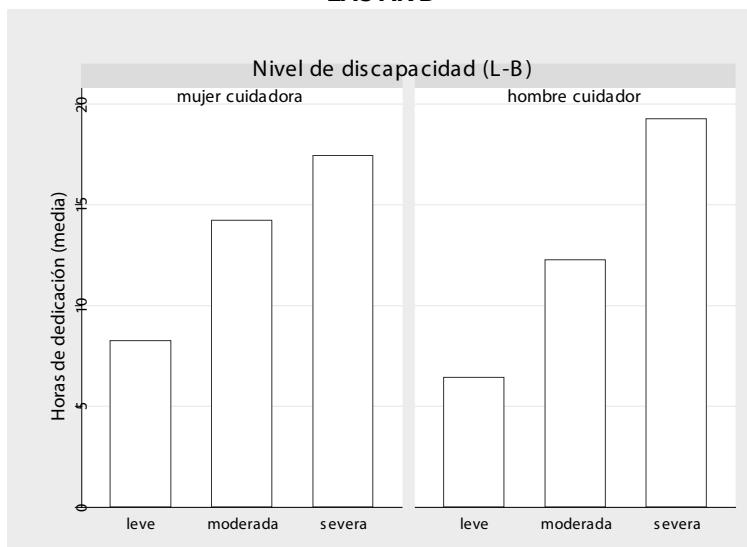
FIGURA 1
NÚMERO MEDIOS DE HORAS DE CUIDADOS SEGÚN SEXO DEL/A CUIDADOR/A Y NIVEL DE DISCAPACIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ABVD



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

- 22 Este valor ha sido calculado multiplicando la media aritmética del número de días de cuidados (calculada a partir de las marcas de clase) -6,25- por el número medio de horas diarias que declaran dedicar (11,64). Si se asume que las personas cuidadoras pueden realizar varias tareas simultáneamente o que pueden estar disponibles por la noche, pero también dedicar tiempo a dormir, deberíamos restringir el número máximo de horas diarias de dedicación a 16, en cuyo caso la media de horas de cuidados se reduce a 38,3.
- 23 Calculada como la media aritmética ponderada por el número de personas cuidadoras en cada intervalo de horas de dedicación.

FIGURA 2
**NÚMERO MEDIOS DE HORAS DE CUIDADOS SEGÚN SEXO DEL/A
 CUIDADOR/A Y NIVEL DE DISCAPACIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE
 LAS AIVD**



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

Nota: La muestra empleada es la que ha servido de base las estimaciones presentadas en la sección 3.

Si desagregamos la intensidad de los cuidados atendiendo al parentesco entre cuidador/a-cuidado/a, se refuerza la evidencia en favor de la feminización de la atención, puesto que casi el 41% de las hijas cuidadoras dedica más de 40 horas a la semana de trabajo a cuidar frente al 26% en el caso de los hijos, el 58% de las hermanas y el 39% de los hermanos²⁴; en todo caso puede afirmarse que la intensidad de la carga recae en mayor proporción sobre la mujer. Además las cuidadoras residentes hijas dedican una media de 13,7 horas diarias al cuidado (mediana 12 horas) mientras que entre los cuidadores hijos la media es 10,9 horas (mediana 8 horas).

24 Resultando estas diferencias de proporciones estadísticamente significativas al 1% (test de la "z").

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

Una variable que, relacionada con lo anterior, puede condicionar la realización o no de tareas de cuidados es el nivel de ingresos de la persona (Zarit, *et al.*, 1986). Desafortunadamente la información, en la EDAD-08, respecto al nivel de ingresos de la persona cuidadora se refiere a los ingresos del hogar, por lo que emplearemos como *proxy* de los mismos el nivel de estudios de la persona, con las limitaciones que ello implica. En general el nivel de formación reglada más alto alcanzado por los/as cuidadores/as informales es bastante bajo. Por ejemplo en la muestra seleccionada para el análisis de regresión posterior sólo en torno al 10% (9,3% entre las mujeres y 13,9% entre los hombres) tiene estudios superiores y el 42% (58% en Andalucía) del conjunto de cuidadores/as no tiene estudios o posee solamente estudios primarios. Esa desventaja en formación reglada de las mujeres, especialmente entre las cohortes de edad más avanzadas, condiciona sus posibilidades de empleo, puesto que la tasa de ocupación de los/as cuidadores/as informales mantiene una relación positiva con su nivel de estudios, tanto para mujeres como hombres andaluces como del resto del país (Cuadro 3).

En cuanto a las horas dedicadas a cuidados informales en función de su situación laboral, el 50% de los/as cuidadores/as principales es de 5, en cambio la mediana para los/as que no trabajan es de 12 horas, lo cual nos ofrece una primera aproximación al posible dilema entre ambas variables. Además la proporción de cuidadores/as informales trabajando desciende sustancialmente cuando dedica 6 o 7 días por semana a esa actividad, e igualmente desciende conforme el grado de discapacidad de las personas cuidadas se eleva (Cuadro 3).

2.3. Metodología

En esta investigación se han seguido dos estrategias alternativas de modelización econométrica, en lo que respecta al desempeño de un trabajo remunerado y las horas dedicadas a la prestación de cuidados. En primer lugar consideraremos ambas como decisiones independientes. De esta forma estimaremos dos ecuaciones de forma separada; la primera para estimar las correlaciones entre el número de horas de cuidados suministrado a la persona discapacitada por el/a cuidador/a informal y un conjunto de variables que creemos potencialmente pueden condicionar la cuantía de esas horas, y la segunda para determinar el efecto de algunos factores sobre la probabilidad de que el/a cuidador/a informal se encuentre simultaneando esa actividad con la participación en el mercado laboral. Desde un punto de vista

técnico esto supone asumir que el número de horas de cuidados es exógeno (no viene condicionado) a la probabilidad de trabajar en el mercado laboral, y viceversa. En términos algebraicos supone estimar las siguientes ecuaciones:

$$h = \beta_1' X_1 + \mu_1 \quad (1)$$

$$trab = \beta_2' X_2 + \mu_2 \quad (2)$$

donde “*h*” representa el número de horas de cuidados prestados, “*trab*” una variable dicotómica que toma el valor “1” si la persona cuidadora está trabajando de forma remunerada y “0” si no lo está, X_1 y X_2 son vectores de variables exógenas, y μ_1 y μ_2 son los términos de perturbación de las dos ecuaciones. La ecuación (1) se estimará por Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) y la (2) mediante un *Probit*.

En segundo lugar, daremos un paso más al considerar que ambas ecuaciones forman parte de un sistema de *ecuaciones simultáneas*, es decir ambas decisiones se toman de forma simultánea. Desde un punto de vista operativo la consideración de ese sistema tiene la particularidad de que tenemos que combinar la estimación de un modelo lineal por MCO -para la estimación de las horas de cuidados- con uno de elección discreta (para la probabilidad de estar trabajando)²⁵. Para resolver este tipo específico de sistema de ecuaciones simultáneas recurrimos a Omar (2003), que desarrolló un procedimiento de estimación que proporciona estimaciones consistentes de los parámetros, y la correspondiente corrección para los errores estándar de estos coeficientes. Este procedimiento de estimación se conoce en la literatura (Álvarez y Glasgow, 2000) como método de estimación *Probit-Mínimos Cuadrados en Dos Etapas* (PMC2E)²⁶.

En términos algebraicos nuestro sistema de ecuaciones se podría representar como:

$$h = \delta_1 trab + \beta_1' X_1 + \mu_1 \quad (3)$$

$$trab = \delta_2 h + \beta_2' X_2 + \mu_2 \quad (4)$$

A diferencia de la estrategia anterior esta modelización resulta de asumir que el número de horas de cuidados determina simultáneamente a la probabilidad de estar trabajando de forma remunerada y viceversa. Debido a la simultaneidad de

25 Igualmente asumimos que los términos de perturbación correspondiente a ambas ecuaciones están correlacionados.

26 Traducido de “*Two-stages Probit-Least Squares*” -2SPLS-.

ambas ecuaciones en principio recurrimos al método de estimación por Mínimos Cuadrados en 2 Etapas (MC2E), para superar la falta de consistencia que resultaría de la aplicación de MCO a la estimación de los parámetros de ambas ecuaciones de forma independiente²⁷. Al menos ese sería el caso en el que ambas variables dependientes (explicadas) fueran continuas, pero en nuestra aplicación “trab” es discreta por lo que tenemos que recurrir a un procedimiento alternativo, aunque asentado en la misma filosofía de estimación, que es el mencionado PMC2E. En concreto el procedimiento consiste en estimar las ecuaciones en su forma reducida:

$$h = \eta_1' X + v_1 \quad (5)$$

$$trab = \mu_2' X + v_2 \quad (6)$$

donde X es una matriz formada por todas las variables exógenas que intervienen en el sistema de ecuaciones. De la estimación, en una primera etapa, mediante MCO de la ecuación (5) se obtienen los valores predichos para horas de cuidados (\hat{h}), y de la estimación mediante un *Probit* de la ecuación (6) obtenemos una predicción lineal para la probabilidad de estar trabajando de forma remunerada ($\hat{tr}\hat{a}b$). Empleando esos valores predichos como instrumentos, tendremos que estimar, en la segunda etapa, el siguiente modelo:

$$h = \delta_1 \hat{tr}\hat{a}b + \beta_1' X_1 + \mu_1 \quad (7)$$

$$trab = \delta_2 \hat{h} + \beta_2' X_2 + \mu_2 \quad (8)$$

Estas nuevas expresiones serán, al igual que antes, estimadas por MCO (7) y *Probit* (8), respectivamente. Los coeficientes que resulten de la estimación serán sesgados pero consistentes. Respecto a las desviaciones típicas estimadas para los coeficientes éstas presentarán un sesgo, que será corregido aplicando el procedimiento desarrollado por Omar (2003)²⁸.

En síntesis el procedimiento seguido se basa en asumir que el número de horas de cuidados informales es una variable endógena respecto a la participación en el mercado laboral, y por tanto la relación causal es bilateral. Este problema potencial de *endogeneidad* hace que nuestra estrategia de estimación econométrica se tenga

27 Como consecuencia de la presencia de regresores estocásticos (“trab” en la primera ecuación y “h” en la segunda), puesto que se cumple que $Cov(trab, \mu_1) \neq 0$ y $Cov(h, \mu_2) \neq 0$.

28 En concreto el comando “cdsimeq” del *software Stata* (version 11.2) reproduce ese procedimiento de forma automatizada, permitiendo obtener estimaciones consistentes y con corrección del sesgo de los errores estándar.

que volver algo más compleja, pues tendremos que recurrir a lo que se denominan variables instrumentales que nos permitan construir restricciones de exclusión para identificar las dos ecuaciones del sistema. Estos “instrumentos” tienen que ser variables que mantengan una fuerte correlación con la variable a la que sustituyen (horas de cuidados) y no mantengan (o sea débil) correlación con la variable que tratamos de explicar en la otra ecuación considerada (es decir, con la probabilidad de estar desempeñando un trabajo remunerado). La tarea es siempre muy compleja, y constituye uno de los paradigmas de la Econometría. En nuestro caso concreto, y tras numerosas pruebas econométricas con la información contenida en EDAD-08, las restricciones de exclusión que hemos elegido para la ecuación que estima las horas de dedicación a cuidados informales son dos conjuntos de variables ficticias que determinan, el primero, si el número de horas de cuidados prestados es mayor (sobreajuste en horas de cuidados -categoría de referencia-), menor (subajuste en horas de cuidados) o igual que el que la persona con discapacidad manifiesta recibir (ajuste en horas de cuidados). Esa medida de “ajuste” no tiene, en principio, por qué afectar a la probabilidad de estar trabajando de forma remunerada, pero sí mantiene una correlación directa con las horas de cuidados prestadas por la persona cuidadora²⁹; el segundo conjunto acota el número de años que la persona cuidadora lleva prestando cuidados a la persona con discapacidad (menos de un año es la categoría de referencia), que mantiene una correlación positiva y estadísticamente significativa con horas de cuidados y no significativa con estar trabajando a cambio de remuneración. En la segunda ecuación, la que estima la probabilidad de simultanear trabajo remunerado y atención a la persona con discapacidad hemos aplicado una restricción de exclusión que afecta a la variable que mide si la persona considera que no tiene suficiente formación especializada para atender a la persona en situación de discapacidad. De forma más explícita la variable toma un valor “1” cuando la persona cuidadora responde sí a la pregunta “Ante las tareas derivadas del cuidado de la persona, ¿cree que para llevarlas a cabo necesitaría más formación especializada de la que tiene?”.

3. RESULTADOS

En lo que sigue presentamos diferentes especificaciones de un modelo condicional que trata de explicar el dilema entre horas de cuidados y la decisión de

29 El coeficiente de correlación entre el “ajuste” en horas de cuidados y la variable estar trabajando –o no– no resultó estadísticamente significativo, en cambio sí resultó significativo para la correlación con horas de cuidados.

participar o no en el mercado laboral. A tal fin la primera estrategia abordada ha sido la estimación de forma independiente de las horas dedicadas por la persona cuidadora a las tareas de cuidados (MCO) y la probabilidad de simultanear prestación de cuidados informales y otro trabajo -remunerado- (mediante una estimación tipo *Probit*). En una primera estimación se empleó la muestra conjunta de personas cuidadoras -mujeres y hombres- resultando el sexo de la persona cuidadora como relevante, tanto en España como en Andalucía, para explicar tanto las horas de cuidado³⁰ como la probabilidad de compatibilizar estas con otras tareas profesionales³¹, por lo que el análisis condicional multivariante corrobora la brecha de género que se observó con el simple análisis descriptivo. En otras palabras las tareas de cuidado a personas con discapacidad parecen constituirse en una barrera de entrada al mercado de trabajo especialmente entre las mujeres, en línea con lo observado en la literatura previa (García *et al.*, 1999; García-Calvente *et al.* 2004). M^a Ángeles Durán (2010) se refiere a este hecho como “la hipoteca de los cuidados”, estableciendo que ésta recae básicamente sobre las mujeres, y poniendo además de manifiesto que existen también diferencias relevantes en el desempeño de las tareas, pues mientras las mujeres realizan actividades de cuidado más frecuentemente que los hombres, además las simultanean con otras actividades domésticas; en cambio, los hombres ejercen tareas de cuidado con menos frecuencia, y cuando las realizan tienden a hacerlo de un modo menos superpuesto a otras actividades, entre otras cosas porque son incompatibles con los trabajos remunerados fuera del hogar a los que ellos suelen dedicarse (Durán 2006).

Dadas las restricciones de espacio y el hecho de que más del 82% de la muestra de personas que prestan cuidados son mujeres, decidimos centrar el análisis en esta última submuestra (Cuadro 4).

En la modelización independiente de la toma de ambas decisiones -presentada en el Cuadro 4- se obtienen los signos y poder explicativo que, *a priori*, cabía esperar para la variable dicotómica que indica si la cuidadora está trabajando de forma remunerada respecto al número de horas diarias dedicadas al cuidado; lo mismo se puede afirmar para la ecuación que trata de explicar la probabilidad de cuidar y desempeñar un trabajo remunerado. En efecto, por término medio una cuidadora informal que además desarrolle una actividad remunerada dedica aproximadamente 3 horas y 15 minutos menos a cuidados que una persona que no lo está. Parale-

30 Los coeficientes obtenidos para la variable sexo (hombre=1) de la persona cuidadora, para explicar las horas de cuidado, fueron “-1,873” y “-3,493” en España y Andalucía, respectivamente (las correspondientes desviaciones típicas fueron de 0,303 y 0,689).

31 Los coeficientes obtenidos para la variable sexo (hombre=1) de la persona cuidadora, para explicar la probabilidad de estar trabajando, fueron “0,353” y “0,482” en España y Andalucía, respectivamente (las correspondientes desviaciones típicas fueron de 0,052 y 0,119).

lamente el número de horas de cuidado reduce, significativamente, la probabilidad de simultanear estas tareas con una actividad profesional remunerada.

CUADRO 4
ESTIMACIÓN DE FORMA INDEPENDIENTE DE LAS HORAS DEDICADAS
POR LA PERSONA CUIDADORA A LAS TAREAS DE CUIDADOS Y
LA PROBABILIDAD DE SIMULTANEAR PRESTACIÓN DE CUIDADOS
INFORMALES Y TRABAJO REMUNERADO; MUESTRA DE MUJERES

	ESPAÑA				ANDALUCÍA			
	Horas de cuidados		Cuidadora está trabajando de forma remunerada		Horas de cuidados		Cuidadora está trabajando de forma remunerada	
	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.
Trabajando de forma remunerada	-3,348***	0,262	-	-	-3,177***	0,572	-	-
Horas de cuidados	-	-	-0,035***	0,003	-	-	-0,030***	0,006
Sexo de la persona con discapacidad	-0,677**	0,285	-0,109**	0,053	-1,216**	0,605	-0,187	0,119
De 35 a 44 años (cuidadora)	0,646	0,516	0,226**	0,095	0,749	0,921	0,300*	0,169
De 45 a 54 años (cuidadora)	0,977*	0,505	0,187**	0,093	2,155**	0,920	0,223	0,170
De 55 a 64 años (cuidadora)	1,513***	0,523	-0,207**	0,097	1,948**	0,973	-0,336*	0,191
Primaria completa (cuidadora)	-0,213	0,886	0,543**	0,221	0,933	1,491	0,827*	0,463
Secundaria 1ª etapa (cuidadora)	-0,928	0,918	0,660***	0,224	-0,454	1,573	0,756	0,473
Bachillerato (cuidadora)	-0,299	0,948	0,941***	0,228	0,400	1,646	1,027**	0,480
FP medio (cuidadora)	-0,286	0,974	1,007***	0,230	-0,857	1,715	1,126**	0,484
FP superior (cuidadora)	-1,286	1,119	1,382***	0,252	-0,993	2,147	1,661***	0,532
Estudios universitarios (cuidadora)	-1,214	0,961	1,526***	0,229	-1,567	1,695	1,911***	0,480
Soltera (cuidadora)	0,331	0,356	0,330***	0,065	1,269*	0,748	0,208	0,142
Viuda (cuidadora)	0,935*	0,525	0,212**	0,097	1,346	1,198	0,406*	0,233
Separada/divorciada (cuidadora)	1,470***	0,483	0,527***	0,087	1,151	0,958	0,523***	0,169
Cuidadora informal residente	4,789***	0,329	0,170***	0,063	6,057***	0,638	0,168	0,129
Formación para cuidar insuficiente	0,809**	0,344	-	-	1,186*	0,688	-	-
No tiene problemas para cuidar	-1,566***	0,261	-	-	-1,173**	0,543	-	-
Subajuste en horas de cuidados	-	-	-0,160*	0,092	-	-	-0,082	0,192
Ajuste en horas de cuidados	-	-	-0,343***	0,075	-	-	-0,394**	0,157
Cuidadora padre/madre	0,753	0,480	-0,009	0,096	0,463	0,934	-0,348*	0,195
Cuidadora cuñada	-2,090	1,673	0,493*	0,295	-11,381**	4,526	0,461	0,837
Cuidadora otro pariente	-0,195	0,690	0,028	0,131	-1,749	1,496	-0,546*	0,310
Cuidadora amiga	-4,251**	1,949	-0,428	0,365	-6,941*	4,015	0,000	0,000
Dependencia media (Katz)	0,699*	0,365	0,038	0,068	0,802	0,772	0,063	0,147
Dependencia alta (Katz)	3,634***	0,371	0,060	0,070	2,830***	0,792	-0,008	0,154
Indicador de Katz no aportado	0,724**	0,351	0,101	0,065	0,436	0,740	0,098	0,140

continúa...

CUADRO 4
ESTIMACIÓN DE FORMA INDEPENDIENTE DE LAS HORAS DEDICADAS
POR LA PERSONA CUIDADORA A LAS TAREAS DE CUIDADOS Y
LA PROBABILIDAD DE SIMULTANEAR PRESTACIÓN DE CUIDADOS
INFORMALES Y TRABAJO REMUNERADO; MUESTRA DE MUJERES
(CONCLUSIÓN)

	ESPAÑA				ANDALUCÍA			
	Horas de cuidados		Cuidadora está trabajando de forma remunerada		Horas de cuidados		Cuidadora está trabajando de forma remunerada	
	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.
Dependencia media (L-B)	3,162***	0,286	-0,027	0,054	3,275***	0,593	-0,081	0,115
Dependencia alta (L-B)	3,775***	0,782	-0,305*	0,161	4,888***	1,483	-0,098	0,315
Aragón	-4,310***	0,651	0,258**	0,121	7,541**	3,722	-1,144	0,941
Asturias (Principado de)	-3,353***	0,778	0,199	0,144	-	-	-	-
Balears (Illes)	-2,576***	0,969	0,396**	0,173	-	-	-	-
Castilla y León	-2,540***	0,435	0,155*	0,082	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	-2,187***	0,479	-0,001	0,093	-	-	-	-
Cataluña	-1,713***	0,509	0,534***	0,094	-	-	-	-
Comunidad Valenciana	-0,681	0,477	0,169*	0,090	-	-	-	-
Extremadura	0,438	0,697	0,241*	0,132	-	-	-	-
Galicia	-3,950***	0,410	0,353***	0,077	-	-	-	-
Navarra (Comunidad Foral)	-0,478	0,770	0,614***	0,142	-	-	-	-
País Vasco	-3,365***	0,667	0,218*	0,126	-	-	-	-
Rioja (La)	-2,469**	1,097	0,738***	0,205	-	-	-	-
Ceuta y Melilla	-0,782	0,912	-0,347*	0,200	-	-	-	-
Constante	6,203***	1,510	-0,867***	0,327				
Número observaciones		4247				1078		
Test R. Ver. (χ^2)			985,44***				244,55***	
Test F	32,55***				12,51***			

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

Nota: El sujeto de referencia tiene el siguiente perfil: cuida de una mujer con discapacidad, tiene entre 25 y 34 años, analfabeta o sin estudios, casada o viviendo en pareja, que cuida de la persona con discapacidad menos de un día a la semana, no residente en el mismo hogar que la mujer con discapacidad, que considera que necesita más formación para poder atender adecuadamente a la persona con discapacidad y presta más tiempo al cuidado de lo que la persona con discapacidad afirma necesitar, lleva menos de un año cuidándola, es la pareja o cónyuge de la persona con discapacidad con dependencia baja tanto en la AVBD como AIVD, y reside en Andalucía. Para el caso de la variable relativa al vínculo familiar sólo se muestran en la tabla las dos categorías que muestran un coeficiente significativo en alguna de las especificaciones aportadas, por razones de espacio. De igual forma hemos procedido con las comunidades autónomas, de ahí que se excluyan de la tabla Canarias, Cantabria, Madrid y Murcia.

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

Las personas separadas o divorciadas asumen mayor “carga” de cuidados y mayor probabilidad de desarrollar un trabajo remunerado que las casadas (o que viven en pareja), posiblemente por la imposibilidad de compartir estas responsabilidades con su compañero/a sentimental. En el mismo sentido se manifiesta el coeficiente de la variable “cuidadoras residentes”, que muestra que éstas asumen un tiempo de cuidados muy superior al de los cuidadoras no residentes aunque, en el ámbito del territorio nacional, esto vaya acompañado de mayor participación laboral.

Un adecuado ajuste de las horas de cuidados recibidas por la persona cuidada y la oferta de cuidados informales por parte de las cuidadoras se traduce en menor probabilidad de encontrarse trabajando de forma remunerada, posiblemente como única vía de poder satisfacer las necesidades de la persona discapacitada. El contexto geográfico juega un papel bastante nítido, puesto que con respecto a 9 de las 17 comunidades autónomas las andaluzas dedican más horas a cuidados y, en general, tienen menor probabilidad de encontrarse desempeñando una actividad remunerada en el mercado laboral.

Tal como expusimos con anterioridad, frente a esta estimación independiente de ambas ecuaciones cabe plantearse la posibilidad de que las horas de cuidados y la posibilidad de cuidar y/o estar trabajando en el mercado laboral sean decisiones que se toman de forma simultánea. En el Cuadro 5 se muestran los resultados de las correspondientes estimaciones del sistema de ecuaciones simultáneas. Lo primero que debemos resaltar de esos resultados es que el instrumento que reemplaza a la probabilidad de estar desarrollando un trabajo remunerado (que hemos denotado en las tablas como “Inst. Trabajando”), mantiene una correlación negativa y significativa con las horas de cuidados prestadas, de cuantía muy superior a la obtenida cuando considerábamos la estimación de ambas ecuaciones de forma independiente. Este resultado puede tomarse como indicador de que cuando se consideran independientes la decisión de cuidar más o menos horas y trabajar en el mercado laboral se genera un sesgo a la baja en el impacto de la incorporación al mercado laboral sobre las horas destinadas a cuidados.

Por el contrario los resultados presentados en la cuarta y octava columnas (para España y Andalucía, respectivamente) muestran que la instrumentación empleada para las horas de cuidados (denotada como “Inst. Horas de cuidados”) exhiben

una ausencia de causalidad de las horas de cuidados para explicar la probabilidad de estar trabajando –de forma remunerada–; cuando realizábamos estimaciones separadas esos coeficientes si aparecían como significativos. Este resultado se ha mostrado robusto a la especificación de diferentes combinaciones de regresores, por lo que podemos inferir que si bien las decisiones analizadas no son totalmente independientes, la decisión de trabajar o no en el mercado laboral en el caso de las mujeres se presenta como una situación suplementaria, siendo la prestación de cuidados una actividad que se establece con carácter previo y prioritario cuando se produce un conflicto con otras demandas, como puede ser la participación en el mercado remunerado. La división del trabajo familiar doméstico, y en consecuencia la participación en actividades remuneradas, está fuertemente condicionado por identidades estructuradas, estereotipos, normas sociales y actitudes en las que se sustentan las diferencias de roles tradicionales. De esta forma, mujeres y hombres actuarían en consonancia con un comportamiento previsto con anterioridad a la toma de decisiones y que restringiría el poder de decisión en el seno de las familias condicionando su participación en el mercado de trabajo (Agarwal, 1997).

No obstante la debilidad de los instrumentos empleados³² hace que tengamos que tomar con cautela la cuantía de las relaciones; aunque en cualquier caso sí parecen esclarecer el signo de las correlaciones existentes y la necesidad de analizar ambas decisiones de forma conjunta para evitar sesgos en las estimaciones.

32 La relativa debilidad de los instrumentos se ha inferido de la obtención de valor del estadístico χ^2 de la prueba de significación conjunta de las variables de exclusión en las respectivas ecuaciones que arrojó valores de: 9,72, 7,11, 8,06 y 6,42 para las cuatro estimaciones presentadas, respectivamente, lo que implica que son estadísticamente significativos pero solamente al 5%.

CUADRO 5
ESTIMACIÓN DE FORMA SIMULTÁNEA DE LAS HORAS DEDICADAS
POR LA PERSONA CUIDADORA A LAS TAREAS DE CUIDADOS Y
LA PROBABILIDAD DE SIMULTANEAR PRESTACIÓN DE CUIDADOS
INFORMALES Y TRABAJO REMUNERADO; MUESTRA DE MUJERES

	ESPAÑA				ANDALUCÍA			
	Horas de cuidados		Cuidador está trabajando		Horas de cuidados		Cuidador está trabajando	
	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.
Inst. Trabajando de forma remunerada	-6,084***	1,245	-	-	-5,472***	1,741	-	-
Inst. Horas de cuidados	-	-	0,011	0,025	-	-	0,038	0,059
Sexo de la persona con discapacidad	-1,161***	0,406	-0,085	0,055	-1,658**	0,846	-0,113	0,128
De 35 a 44 años (cuidadora)	1,648**	0,745	0,197**	0,095	2,060	1,310	0,274	0,175
De 45 a 54 años (cuidadora)	1,790**	0,715	0,149	0,094	2,837**	1,244	0,087	0,202
De 55 a 64 años (cuidadora)	0,164	0,780	-0,279***	0,105	0,039	1,468	-0,464**	0,230
Primaria incompleta (cuidadora)	1,836	1,599	0,369*	0,224	4,039	3,013	0,466	0,494
Primaria completa (cuidadora)	2,912*	1,662	0,585***	0,221	5,064	3,192	0,822*	0,483
Secundaria 1ª etapa (cuidadora)	2,928*	1,775	0,738***	0,227	3,616	3,251	0,839*	0,490
Bachillerato (cuidadora)	4,756**	1,974	0,981***	0,229	5,460	3,504	1,058**	0,498
FP medio (cuidadora)	5,053**	2,040	1,057***	0,232	4,903	3,662	1,254**	0,506
FP superior (cuidadora)	6,110**	2,509	1,482***	0,259	7,108	4,531	1,838***	0,561
Estudios universitarios (cuidadora)	7,076***	2,545	1,620***	0,237	7,724*	4,575	2,095***	0,517
Soltera (cuidadora)	1,994***	0,643	0,331***	0,065	1,835*	1,035	0,133	0,150
Viuda (cuidadora)	1,829**	0,747	0,170*	0,098	3,114*	1,761	0,321	0,248
Separada/divorciado (cuidadora)	3,851***	0,879	0,453***	0,090	3,214**	1,495	0,408**	0,183
Cuidadora informal residente	4,721***	0,453	-0,031	0,129	6,156***	0,851	-0,185	0,365
Formación para cuidar insuficiente	0,992**	0,475	-	-	1,395	0,939	-	-
No tiene problemas para cuidar	-1,652***	0,359	-	-	-1,570**	0,737	-	-
Ajuste en horas de cuidados	-	-	-0,284***	0,079	-	-	-0,392**	0,162
Cuidadora padre/madre	0,750	0,677	-0,051	0,097	-0,645	1,362	-0,368*	0,203
Cuidadora cuñado/a	0,707	2,319	0,601**	0,305	-7,458	6,216	1,340	1,152
Cuidadora amigo/a	-5,778**	2,729	-0,258	0,385	1,235	1,036	0,035	0,158
Dependencia alta (Katz)	3,216***	0,523	-0,142	0,129	0,890**	0,997	0,092	0,146
Indicador de Katz no aportado	1,072**	0,486	0,064	0,067	2,089	0,883	-0,337	0,237
Dependencia media (L-B)	2,352***	0,436	-0,184*	0,104	3,114**	2,211	-0,472	0,437
Dependencia alta (L-B)	1,404	1,268	-0,506**	0,195	0,447	1,262	-0,004	0,187
Aragón	-2,271**	1,020	0,460***	0,170	-	-	-	-
Asturias (Principado de)	-1,677	1,130	0,366**	0,170	-	-	-	-
Baleares (Illes)	-0,208	1,417	0,517***	0,189	-	-	-	-
Castilla y León	-1,284*	0,668	0,286***	0,111	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	-1,894***	0,679	0,111	0,114	-	-	-	-
Cataluña	1,346	1,014	0,623***	0,110	-	-	-	-
Comunidad Valenciana	0,421	0,709	0,216**	0,093	-	-	-	-
Extremadura	1,922*	1,023	0,246**	0,132	-	-	-	-
Galicia	-1,442*	0,829	0,538***	0,133	-	-	-	-
Madrid (Comunidad de)	0,559	1,096	0,256*	0,142	-	-	-	-
Navarra (Comunidad Foral)	2,888**	1,330	0,644***	0,142	-	-	-	-

continúa...

CUADRO 5
**ESTIMACIÓN DE FORMA SIMULTÁNEA DE LAS HORAS DEDICADAS
 POR LA PERSONA CUIDADORA A LAS TAREAS DE CUIDADOS Y
 LA PROBABILIDAD DE SIMULTANEAR PRESTACIÓN DE CUIDADOS
 INFORMALES Y TRABAJO REMUNERADO; MUESTRA DE MUJERES
 (CONCLUSIÓN)**

	ESPAÑA				ANDALUCÍA			
	Horas de cuidados		Cuidador está trabajando		Horas de cuidados		Cuidador está trabajando	
	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.	Coef.	D. E.
País Vasco	-1,571	1,021	0,383**	0,158	-	-	-	-
Rioja (La)	1,912	1,853	0,849***	0,220	-	-	-	-
Ceuta y Melilla	-2,235	1,435	-0,276	0,197	-	-	-	-
Constante	-1,685	2,680	-1,164***	0,371	-1,853	6,396	-1,822*	1,081
Número observaciones	4247				1078			
Test R. Ver. (χ^2)	837,90***				218,99***			
Test F	29,39***				12,24***			

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

Nota: El sujeto de referencia tiene el siguiente perfil: cuida de una mujer con discapacidad, es una mujer de entre 25 y 34 años, analfabeta o sin estudios, casada o viviendo en pareja, que cuida de la persona con discapacidad menos de un día a la semana, no residente en el mismo hogar que la discapacitada, que considera que necesita más formación para poder atender adecuadamente a la discapacitada y presta más tiempo al cuidado de lo que la persona con discapacidad afirma necesitar, lleva menos de un año cuidándola, es la pareja o cónyuge de una persona con discapacidad con dependencia baja tanto en la AVBD como AIVD, y reside en Andalucía. Para el caso de la variable relativa al parentesco sólo se muestran en la tabla las dos categorías que presentan un coeficiente significativo en alguna de las especificaciones aportadas, por razones de espacio; esas categorías son cuidador hijo/a, nieto/a, yerno/nuera y otro pariente. También se ha omitido la categoría de dependencia media (Katz) y el Indicador L-B, y las comunidades autónomas de Canarias, Cantabria y Murcia, por la misma razón.

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

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

Para tomar en consideración el potencial efecto sobre las variables analizadas del grado de discapacidad de la persona cuidada, introdujimos como regresores adicionales la discapacidad en niveles, distinguiendo entre falta de autonomía para las ABVD y AIVD. La falta de respuesta por parte de una parte considerable³³ de la muestra seleccionada nos hizo, para evitar el potencial sesgo de selección derivado de este hecho, introducir variables ficticias (denominadas “no aportado”) que indicaran la falta de respuesta a las mismas. La no significatividad de la variable que mide la falta de respuesta en relación a las AIVD indica la inexistencia de sesgo de selección. En cambio en la estimación de las horas de cuidados para España, el signo positivo y significativo indicaría la existencia de cierta correlación positiva entre responder a las variables que conforman el índice de Katz y las horas dedicadas a la prestación de cuidados informales; esto implica que el grupo de cuidadoras que se dedica con más intensidad a los cuidados está subestimado, por lo que la cuantía del coeficiente que muestra mayores horas de dedicación a cuidados de las personas que ayudan a personas con dependencia alta en la escala de Katz puede considerarse el límite inferior del verdadero efecto.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se han analizado los perfiles que presentan -en Andalucía y en el resto de España- las personas que cuidan de personas con discapacidad. Partiendo de los resultados obtenidos en el análisis descriptivo se ha constatado la perpetuación del rol de la mujer, por la sociedad, como principal responsable de la atención a personas con discapacidad; además son éstas las que prestan los cuidados con mayor intensidad. Esta mayor asunción de responsabilidades las sitúa en un claro dilema frente a la posibilidad de poder compatibilizar los cuidados con la realización de una actividad laboral remunerada fuera del hogar, que en muchas ocasiones se resuelve con la ausencia de las mujeres en el mercado de trabajo, con los consiguientes costes para la sociedad debido a la imposibilidad de hacer una distribución y uso eficiente de las inversiones en capital humano. Prueba de esto

33 Especialmente respecto a la discapacidad en algunas de las ABVD.

último es el mayor número de horas que las personas que declaran no poseer suficiente formación para realizar las actividades de cuidados dedican a estas tareas.

Los resultados se ven matizados cuando acudimos al análisis condicional (multivariante), de cuyos resultados hemos podido inferir que si bien el dilema entre cuidados y trabajo fuera del hogar existe para las mujeres y los hombres, la literatura demuestra que ésta decisión no se hace en condiciones de igualdad, pues está condicionada por estereotipos previamente existentes en la sociedad. Así, las personas que prestan cuidados informales se plantean si trabajar o no en el mercado laboral, por un lado, y por otro, regulan la intensidad de los cuidados que prestan. No obstante la debilidad de los instrumentos empleados hace que tengamos que tomar con cautela la cuantía de las relaciones entre ambas decisiones; aunque en cualquier caso sí parecen esclarecer el signo de las correlaciones existentes y la necesidad de analizar ambas decisiones de forma conjunta para evitar sesgos en las estimaciones.

De todos estos resultados se derivan algunas recomendaciones que es importante asumir si queremos afrontar un futuro –que ya es presente– en el que el envejecimiento de la población y su traducción en términos de población con discapacidad va a ser una realidad creciente. Fundamentalmente es importante educar en valores de igualdad, puesto que sólo así hombres y mujeres asumirán como natural la necesidad de distribuir la “carga” que supone la atención a la discapacidad. Asimismo, es fundamental que desde las instituciones se faciliten los recursos formales de apoyo a las personas en situación de dependencia que permitan una mejora en sus condiciones de vida y también la de las personas que las cuidan, especialmente de las mujeres, que a su vez hagan factible una incorporación equitativa entre hombres y mujeres al ámbito de lo remunerado y lo no remunerado. Partiendo de esa escala de reparto equitativo, las políticas laborales deben ir encaminadas a hacer más accesible la flexibilidad laboral a las personas que deben cuidar de personas con discapacidad, y llevar a cabo un reconocimiento explícito de la tarea desarrollada por estas personas.

BIBLIOGRAFÍA

- AGARWAL, B. (1997). "Bargaining and gender relations: within and beyond the household". *Feminist Economics*, 3, 1-51.
- ÁLVAREZ, R. M. y GLASGOW, G. (2000). "Two stage estimation of non recursive choice models". *Political Analysis*, 8(2), 147-165.
- ANDERSEN, R. M. (1995). "Revisiting the Behavioral Model and access to medical care: Does it matter?". *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- BAZO, M. T. y ANCIZU, I. (2004). "El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada". *REIS*, 105, 43-77.
- BAZTÁN, J. J.; GONZÁLEZ, J. I. y DEL SER QUIJANO, T. (1994). "Escalas de actividades de la vida diaria". En del Ser Quijano, T y Peña-Casanova, J. (Eds.). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona, JR Prous Editores, p. 137-164.
- BIURRÚN, A.; ARTASO, B. y GOÑI, A. (2003). "Apoyo social en cuidadores familiares de enfermos con demencia". *Geriatría*, 19, 181-187.
- BOLIN, K.; LINDGREN, B. y LUNDBORG, P. (2008). "Your next of kin or your own career? Caring and working among the 50+ of Europe". *Journal of Health Economics*, Vol. 27, No. 3, pp. 718-738.
- BYRNE, D.; GOEREE, M.; HIEDEMANN, B. y STERN, S. (2009). "Formal Home Health Care, Informal Care, and Family Decision-Making". *International Economic Review*, Vol. 50, No. 4, pp. 1205-1242.
- CARMICHAEL, F. y CHARLES, S. (1998). "The Labour Market Costs of Community Care". *Journal of Health Economics*, 17 (6), 747-67.
- COLEMAN, P. D. R. (1993). "Determinants of the supply of informal care to the frail elderly". *Social Science - Dissertations and Theses*. Paper 84.
- CRESPÓ, L. y MIRA, P. (2010). "Caring for Parents and Employment Status of European mid-life Women". *CEMFI Working Paper No. 1007*.
- DURÁN, M. A. (2006). "Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años". *Revista de Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 60, 57-74.
- DURÁN, M. A. (2010). "¿A quién le importa el PIB? La contribución de las mujeres a la economía europea". Resumen de la Conferencia Marco. Presidencia Española de la Unión Europea.
- FEMIA, E. E.; ZARIT, S. H. y JOHANSSON, B. (2001). "The disablement process in very late life: a study of the oldest-old in Sweden". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 1 (56B), 13-23.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M., MATEO-RODRÍGUEZ, I. y EGUIGUREN A. P. (2004). "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad". *Revista Gaceta Sanitaria*, 18 supl. 1: 132-139.
- GARCÍA, M. M.; MATEO, I. y GUTIÉRREZ, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- GARCÍA, M. M.; MATEO, I., y MAROTO, G. (2004). "El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres". *Gaceta Sanitaria*, 18, 83-92.
- INE (2004). *Cifras de población*. Madrid: INE.
- JENSON, J. y JACOBZONE, S. (2000). *Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers n° 41*. Paris: OECD; Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs; Employment, Labour and Social Affairs Committee.
- JIMÉNEZ, S. y VILAPLANA, C. (2009). "The trade-off between formal and informal care in Spain". *FEDEA-Documento de Trabajo 2008-22* (<http://www.fedea.es/pub/papers/2008/dt2008-22.pdf>).
- KATZ, S. et al. (1963). "Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function". *JAMA*, 185, p. 914-919.
- KILLINGSWORTH, M. R. y HECKMAN, J. J. (1986). "Female Labor Supply: A Survey". En O. Ashenfelter y R. Layard (ed.): *Handbook of labor economics*. North-Holland, 103-124.
- LAWTON, M. P. y BRODY, E. M. (1969). "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". *Gerontologist*, 9, 179-186
- OECD (2011). *Health at a Glance 2011*. OECD Indicators. Paris.

- OMAR M. G. (2003). "Simultaneous Equations Models: what are they and how are they estimated". *Ohio State University*, mimeo.
- PENCAVEL, J. H. (1986). "Labor Supply of Men: A Survey". En O. Ashenfelter y R. Layard (ed.): *Handbook of labor economics*. North-Holland, 3-102.
- PITROU, A. (1997). "Vieillesse et famille: qui soutien l'autre?". *Lien social et Politiques- RIAC*, 38, 145-158.
- STRATTON, L. (2001). "Why does more housework lower women's wages? Testing hypotheses involving job effort and hours flexibility". *Social Sciences Quarterly*, 82(1), 67-76.
- TOBÍO, C. (2008). "Redes familiares, género y política social en España y Francia". *Política y Sociedad*, vol. 45 (2), 87-104.
- TRIGÁS, M.; FERREIRA, L. y MEJIDE, H. (2011). "Escalas de valoración funcional en el anciano". *Galicia Clínica*, 72 (1), 11-16.
- VILLALBA, C. (2002). *Abuelas cuidadoras*. Colección Políticas de Bienestar Social. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- WAIDMAN, T. A.; y LIU, K. (2000). "Disability trends among elderly persons and implications for the future". *Journal of Gerontology*, 55B (5), S298-307.
- ZARIT, S. H.; TODD, P. A. y ZARIT, J. M. (1986). "Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study". *The Gerontologist*, 26, 260-266.

