

# 25

## Barcelona Societat

Revista de investigació y análisis social



Ajuntament  
de Barcelona

Marzo 2020

**Palabras clave:** personas mayores, dependencia funcional, estrategias de cuidado, personas cuidadoras

## La diversidad del cuidado de las personas mayores en situación de dependencia funcional en Barcelona

Albert Julià<sup>1</sup> y Annel Rojas<sup>2</sup>

**Cada vez hay una mayor proporción de personas mayores con edades más avanzadas y en situación de dependencia funcional en la ciudad de Barcelona. El objetivo de esta investigación es analizar cuáles son sus características y las formas de cuidado que se establecen según los diferentes perfiles. Para ello se lleva a cabo una explotación de la Encuesta de personas en Situación de dependencia funcional (EPSD) de Barcelona realizada en el 2018. Los resultados muestran ciertas desigualdades según características individuales de la persona dependiente (grado de dependencia, sexo y edad), características de las personas cuidadoras (sector ampliamente feminizado), características del hogar (formas de convivencia y niveles de ingresos) y características territoriales (según el nivel de renta del barrio). Los resultados muestran un escenario lejos de ser el ideal y que exigiría una mayor atención a los decisores públicos para ampliar la cobertura de servicios y prestaciones de este colectivo.**

### Introducción

Uno de los grandes retos que tienen las sociedades avanzadas del siglo XXI es la gestión de la creciente proporción de población anciana y, por ende, de la mayor proporción de personas en situación de dependencia funcional. Este proceso se ha ido intensificando en los países desarrollados en las últimas décadas, y la ciudad de Barcelona no ha sido una excepción. En el año 2018, la población de 65 años y más suponía el 21,6% del total, siendo superior la proporción de población de 75 años y más que la de 65 a 74 años (10,2% población 65 a 74 años y 11,4% de 75 años y más).

La situación de dependencia se fundamenta en las actividades que la persona no puede realizar o realiza con dificultad y que, por lo tanto, requieren de algún tipo de ayuda (Rogeró, 2010). La situación en la que una persona se encuentra limitada puede darse en diversas dimensiones (psicológica, social o física), en las que precisa de la ayuda de una tercera persona para el normal desenvolvimiento en múltiples actividades de la vida diaria (Gázquez *et al.*, 2007). La dependencia por razones de salud afecta mayoritariamente a las personas mayores, por lo que el envejecimiento es uno de los factores más relevantes para determinar las necesidades de cuidados de una población. La probabilidad de que una persona se convierta en dependiente funcional es mayor a medida que aumenta la edad. Según los datos del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya, las personas con reconocimiento legal

1. Instituto de Estudios Regionales y Metropolitanos de Barcelona (IERMB) y Universidad de Barcelona (UB).  
2. Universidad Pompeu Fabra (UPF).

de discapacidad en Barcelona representaban un 8,2% en el 2016. Para la población menor de 16 años la prevalencia se situaba en el 1,5%; para la de 16 a 44 años, en el 2,9%; para la de 45 a 64 años el porcentaje ya superaba la media de la ciudad (10,3%); para la población de 65 a 74 años suponía el 16,9%, y para los mayores de 74 llegaba a ser del 21,5%. Asimismo, según la estimación llevada a cabo por Cabrero y Codorniu (2002), el 90% del volumen de recursos sanitarios y sociales consumidos se suele concentrar en los últimos siete u ocho años de vida de quien sufre algún proceso de dependencia funcional.

Este escenario supone un desafío social, económico y político de primer orden del que depende gran parte de la estructura de nuestro estado de bienestar. La atención y el bienestar de la creciente población mayor con dependencia funcional suponen unos de los grandes retos para las administraciones públicas. Las acciones que se den al respecto tienen y tendrán grandes repercusiones en la calidad de vida de los dependientes funcionales, así como en la de sus familiares, ya que se verán en mayor o menor medida forzados a asumir la carga de los cuidados (de tiempo o económica) que conlleva.

A pesar de la alarma que supone este fenómeno social, no hay que hacer únicamente una lectura teñida de preocupación. Paralelamente a los cambios demográficos, se suceden cambios y avances (biomédicos, tecnológicos, de movilidad, etc.) que permiten neutralizar el aumento y el impacto de la dependencia de la población de mayor edad. Algunos autores señalan que el efecto de la mayor esperanza de vida no supone tanto un aumento en el número de años de vida en situación de dependencia funcional como el retraso en la edad de aparición de problemas y necesidad de ayuda (Sarasa y Mestres, 2007). Según la investigación de Mathers *et al.* (2015) existe una correlación positiva entre el aumento de la esperanza de vida y el aumento de los años vividos con buena salud.

En este contexto de nuevos (aunque ya presentes) riesgos sociales ligados al cambio demográfico y al mayor envejecimiento de la población y de la población en situación de dependencia funcional, se presenta este estudio. Se trata de una investigación que analiza las características de las personas mayores en situación de dependencia funcional en Barcelona, cuál es el nivel de cobertura actual de sus necesidades, así como las formas de cuidado y los factores asociados a estas<sup>3</sup>.

## **1. Factores asociados al tipo de cuidado de personas en situación de dependencia funcional**

Las personas que están en situación de dependencia funcional no son un conglomerado homogéneo. Más allá de la asociación que existe entre la edad y estar o no en situación de dependencia funcional<sup>4</sup>, los perfiles socioeconómicos y demográficos de las personas dependientes funcionales son diversos, así como los de sus familias o convivientes. Estas características pueden afectar a las formas de cuidado que reciben las personas dependientes funcionales. De forma generalizada, se pueden establecer tres formas de cuidado que no suelen ser autoexcluyentes. Las personas podrían recibir cuidados de familiares o amigos (ya sean convivientes o no), de los que normalmente no reciben una remuneración a cambio, si bien puede haber una compensación económica al personal no cuidador profesional establecida en la ley de dependencia del 2006. Asimismo, aquellas personas que puedan permitírselo pueden acceder al mercado privado y recibir servicios de cuidado mediante una transacción monetaria. Esta relación laboral puede darse formalmente (persona cuidadora dada de alta por la persona pagadora o por una empresa) o informalmente (remuneración sin contrato). Por último, las personas en situación de dependencia pueden ser atendidas mediante servicios de atención públicos que se presten en cada territorio (en Barcelona el principal servicio es el Servicio de Atención Domiciliaria, SAD).

3. En este estudio no se incluyen las personas en situación de dependencia funcional que viven en residencias.

4. Las personas con dependencia reconocida en Barcelona eran aproximadamente 65.000 en el 2018, el 85% de las cuales tiene 65 años o más.

Que se dé una u otra opción de cuidado —o varias simultáneamente— puede variar según diferentes factores. Por ejemplo, según las características de las personas dependientes funcionales, como el tipo de dependencia, la edad (Gázquez *et al.*, 2011), el sexo (Kramer y Kipnis, 1995; Adams *et al.*, 2002) o la etnia (Adams *et al.*, 2002). También por las características de las formas de convivencia, las estructuras familiares o la red de apoyo familiar o social, así como por los recursos que puedan disponer las familias para este objetivo.

Las formas de cuidado pueden venir condicionadas a su vez por las orientaciones personales que se construyen a partir de los procesos de socialización, las posibilidades que ofrece el sistema de cuidados formal (público o privado) y el grado de acceso que tienen las familias a estos servicios. Los Estados de bienestar del sur de Europa se caracterizan por su elevada orientación “familiarista” hacia las responsabilidades de cuidado de las personas (Díe Olmos, Fantova y Mota, 2014). Los servicios y las políticas de prestaciones públicas hacia el cuidado y la dependencia que proporcionan estos Estados suelen ser menos generosos y de menor cobertura que los de otros países del entorno europeo, lo que conlleva una mayor asunción de funciones de las familias. Esta situación no se debe desligar de la herencia cultural de esta sociedad sobre quién (el Estado o la familia) debería hacerse cargo de las personas en situación de dependencia. Como muestran algunos estudios, una amplia proporción de población española sigue manteniendo una concepción orientada hacia el deber de los miembros de la familia del cuidado. Según los datos que proporciona el CIS sobre las actitudes y orientaciones de los españoles hacia quién debería hacerse cargo de las personas dependientes (por ejemplo, con una edad avanzada, alguna discapacidad o enfermedad crónica) que no pueden realizar sin ayuda actividades básicas de la vida cotidiana (ir al baño, ducharse o vestirse), más de la mitad de los encuestados creen que la mejor opción para organizar el cuidado de dicha persona es que vivan con algún familiar, mientras que aproximadamente una quinta parte ven como mejor opción que residan en un centro o residencia, y otra quinta parte que vivan con una persona cuidadora remunerada (CIS n.º 3009, 2014). Asimismo, una amplia mayoría de la población española está de acuerdo o muy de acuerdo en que el deber de los hijos e hijas es cuidar a sus progenitores enfermos (90,5%), muy por encima de otros países con modelos de bienestar continentales (Alemania, 65,9%), liberales (el Reino Unido, 41,9%) y, especialmente, los nórdicos (Dinamarca, 25%)<sup>5</sup>.

A pesar de las orientaciones que tengan las personas, las evidencias muestran que los recursos de que disponen las personas dependientes para ser atendidas, tanto económicos como humanos, son fundamentales para entender las formas de cuidado. Algunos estudios señalan que según el nivel económico de los hogares, las personas dependientes pueden tener mayor o menor probabilidad de ser cuidadas por personal externo a la familia (Kemper, 1992; Ayuso *et al.*, 2010). Otros señalan que según la red familiar o de personas cercanas que tenga una persona dependiente, esta se verá atendida o no por familiares o por personas cercanas (vecinos, amigos, etc.). En cambio, como Rogero (2009) señala, las personas dependientes casadas suelen tener más probabilidad de recibir cuidados de los servicios sociales en lugar de cuidado informal, debido a que los cónyuges actúan como conectores entre la persona mayor y el sistema público. Así pues, la presencia o la ausencia de redes de apoyo influyen en la elección de diferentes estrategias de cuidado. El caso paradigmático son las personas que viven solas en situación de dependencia funcional, que suelen tener una menor probabilidad de recibir cuidado de algún familiar (Rogero, 2009). Pero no hay que olvidar que las estrategias de cuidado dependen en gran medida del desarrollo de servicios y políticas públicas que ofrezcan los territorios. El comportamiento de las personas mayores que necesitan ayuda y el de sus familiares que puedan tomar las decisiones sobre su cuidado pueden variar dependiendo de los servicios públicos ofrecidos independientemente de los propios recursos. Sin embargo, tal como señalan Eichler y Pfau-Effinger (2009), las personas mayores pueden no acogerse a las ventajas que tienen las (“nuevas”) políticas y servicios públicos de cuidado debido a que prevalecen en sus orientaciones las formas tradicionales de cuidado basadas en la atención familiar. La principal razón de que se produzca este fenómeno, según los autores, se debe a que las personas mayores y sus familias orientan su comportamiento en mayor medida hacia los valores tradicionales de atención, en los

5. Datos según la *European Values Survey*, 2008.

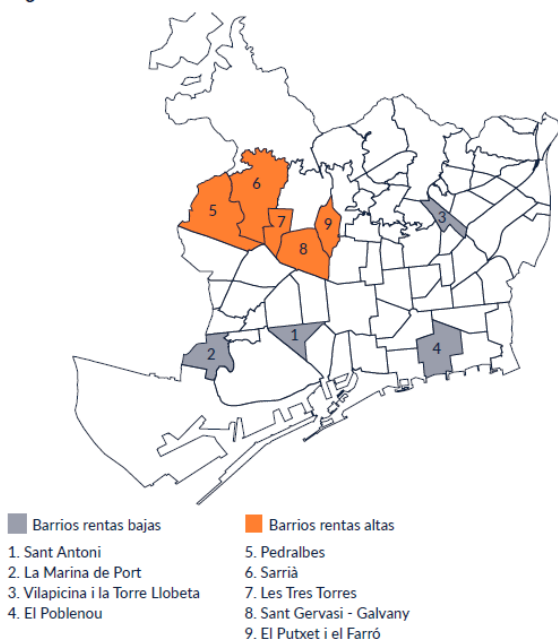
que se da prioridad al apoyo mutuo entre cónyuges y descendientes. La segunda razón es que hay ciertas diferencias entre el tipo de atención que puede proporcionar un servicio público y la que puede ofrecer un familiar, haciendo más atractivo para las personas mayores y sus familiares la opción de cuidados por familiares.

Para poder comprender de forma más precisa la situación de las personas dependientes funcionales de Barcelona y los factores asociados que llevan a optar por una u otra estrategia de cuidados, se ha realizado la Encuesta de personas en situación de dependencia funcional (ESPD) de Barcelona durante el año 2018. En el siguiente apartado presentamos las principales características de esta encuesta, y en los apartados posteriores los resultados de su análisis centrado en las personas mayores en situación de dependencia funcional (SDF) en Barcelona.

## 2. Encuesta de personas en situación de dependencia funcional 2018 (EPSD2018)

La ESPD2018 de Barcelona es una encuesta dirigida a personas en situación de dependencia reconocida. Estas pueden ser usuarias del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) que ofrece el municipio o personas que perciben una prestación económica en lugar del servicio (reconocida según la Ley 39/2006). Tanto la prestación económica como el SAD no tienen establecidos ninguna diferenciación por motivos económicos. Es decir, la situación financiera de las personas dependientes no determina ni la cantidad ni un copago del servicio. En cambio, sí que viene determinado por el grado de dependencia concedido por la Administración pública. La muestra está compuesta por 613 observaciones, representativas de los barrios con rentas bajas (seleccionados cuatro barrios con un nivel medio de 84,3 puntos del índice RFD<sup>6</sup>) y barrios de rentas altas (cinco barrios con un nivel de RFD medio de 199 puntos). La muestra de personas mayores (55 años o más) representa el 88,6% de la muestra inicial (n = 543; 74,6% mujeres y 25,4% hombres). Con el conjunto de variables utilizadas en los diferentes modelos hay una pérdida de 13 casos, que deja una muestra final de 530 individuos de 55 años o más. Esta muestra está compuesta por un 36,8% de usuarios del SAD en barrios de rentas bajas, un 28,9% que reciben la prestación económica en barrios de rentas bajas, un 19,2% de usuarios SAD en barrios de rentas altas y un 15,1% que reciben la prestación económica en barrios de rentas altas. En cuanto al grado de dependencia, el 42,2% de las personas en SDF tienen reconocido un grado I; el 33,1%, un grado II; el 12%, un grado III, y un 12,7% está pendiente de la adjudicación del grado de dependencia pero puede acogerse al SAD o percibir una prestación.

Figura 1. Barrios incluidos en el estudio



6. El índice de la renta familiar disponible (RFD) estima la renta media o la capacidad económica de los residentes de Barcelona a partir de una serie de indicadores que permite otorgar un número en relación con la media de la ciudad, que es 100 (Calvo, 2007).

### 3. Perfiles y formas de convivencia de las personas mayores en situación de dependencia funcional

Los datos de la ESPD2018 muestran de forma evidente que las personas que están en SDF tienen perfiles socioeconómicos y demográficos y grados de dependencia diferentes, por lo que resulta poco recomendable analizar esta población de forma agregada. Teniendo en cuenta estas diferencias, se pueden ver algunas prevalencias claras. El perfil más frecuente de persona en SDF en Barcelona suele ser el de una mujer, de entre 75 y 89 años cuyo grado de dependencia se encuentra entre el I y el II (tabla 1).

**Tabla 1. Características de la muestra**

	N	%
<b>Tipología</b>		
SAD barrios rentas bajas	200	36,8
CNP barrios rentas bajas	157	28,9
SAD barrios rentas altas	104	19,2
CNP barrios rentas altas	82	15,1
<b>Grado de dependencia</b>		
Grado I	229	42,2
Grado II	180	33,1
Grado III	65	12,0
Sin reconocimiento/NC	69	12,7
<b>Sexo de la persona en SDF</b>		
Hombre	138	25,4
Mujer	405	74,6
<b>Edad</b>		
55-74	102	18,8
75- 89	281	51,7
90 años o más	160	29,5
<b>Nacionalidad de la persona en SDF</b>		
Española	538	99,1
Extranjera	5	0,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESPD2018.  
Situación de dependencia funcional (SDF) y cuidador no profesional (CNP).

Uno de los elementos más relevantes para entender las condiciones de vida de las personas mayores, y en especial de las personas mayores en SDF, es la situación de convivencia en la que se encuentran. La red de apoyo y la cobertura de necesidades que pueden obtener las personas con algún grado de dependencia dependen en gran medida de convivir o no con otras personas, principalmente familiares<sup>7</sup>. Las personas mayores en SDF suelen tener limitada su autonomía y necesitan en muchas ocasiones compañía para realizar las tareas cotidianas del día a día. Las personas que no disponen de esta compañía porque viven solas no solo tienen más posibilidades de no tener cubiertas sus necesidades, sino que ello puede repercutir en su salud mental debido a que se sienten más solas (Dean *et al.*, 1992). Según los datos de la ESPD2018, el 37,4% de las

7. El 68,2% de las personas en SDF conviven con algún familiar. El perfil más frecuente suele ser el del marido/mujer/pareja (31,3%), seguido de quienes conviven con hijos o hijas (28,4%).



personas en SDF que viven solas se han sentido excluidas de lo que les pasa alrededor o les ha faltado compañía en los últimos doce meses. Asimismo, según la escala Duke-UNC-11 de apoyo social autopercibido<sup>8</sup>, las personas que viven solas en SDF tienen una mayor prevalencia en tener niveles bajos de apoyo social (22,7%) que las personas que conviven con otras personas (6,6%). De las personas mayores en SDF analizadas en Barcelona, más de una cuarta parte viven solas (tabla 2). En términos de grupos de edad y de diferentes conglomerados de barrios según la renta, no hay diferencias significativas. En cambio sí que se observa cierta asociación entre el sexo y el hecho de no convivir con otras personas. Las mujeres en SDF, debido a que tienen una esperanza de vida mayor que sus parejas masculinas y a que, por tanto, se quedan viudas, casi duplican el porcentaje de personas que viven solas en comparación con los hombres. Asimismo, los datos muestran que existe una asociación más que evidente entre la situación de convivencia y si son usuarios de SAD o no. El 44,7% de las personas usuarias del SAD analizadas viven solas.

**Tabla 2. Personas mayores en SDF que viven solas (%)**

	Vive solo/a (%)
<b>Total</b>	27,6
<b>Tipología</b>	
SAD	44,7
CNP	5,9
<b>Barrios según renta</b>	
Renta baja	27,7
Renta alta	27,4
<b>Sexo de la persona en SDF</b>	
Hombre	17,4
Mujer	31,1
<b>Grupos de edad</b>	
55-74	26,5
75- 89	29,5
90 años o más	25,0

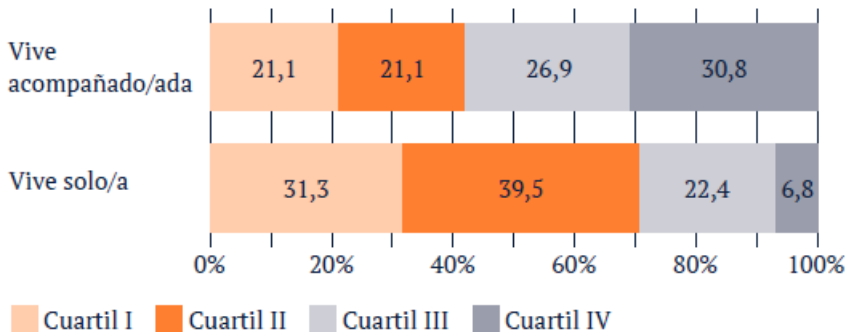
Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.

Existe cierta asociación entre las formas de convivencia y la situación económica de las familias. El número de personas que forman una unidad familiar de un hogar son determinantes para entender la capacidad económica que pueden llegar a tener. Los hogares compuestos por un menor número de personas activas laboralmente (o de un mayor número de personas dependientes económicamente) suelen tener una mayor probabilidad de tener unos ingresos más reducidos debido a la menor capacidad de obtener ingresos del mercado laboral. Este fenómeno se cumple en ciertos supuestos. En el caso de los hogares con personas mayores en SDF podemos encontrar esta asociación, pero principalmente por medio de las pensiones. De las personas que viven solas hay una mayor proporción con ingresos bajos que con ingresos altos. Solo un 6,8% de las personas que viven solas en SDF se sitúan en el cuarto cuartil de ingresos según la ESPD2018 (es decir, que están por encima de los 1.600 € mensuales), mientras que el 70,7% se sitúan en los dos primeros cuartiles (por debajo de 1.065 € mensuales). En cambio, en

8. El índice de apoyo social funcional Duke-UNK-11 (Broadhead *et al.*, 1988; edición en castellano de Bellón *et al.*, 1996) se basa en una batería de once preguntas que utilizan una escala Likert (del 1 = “mucho menos de lo que deseo” al 5 = “tanto como lo deseo”), que mide el grado de apoyo social percibido en términos relacionales, de pertenencia a un grupo, comunicativo y afectivo. En la escala final de 11 a 55 puntos se determina que apoyo social autopercibido bajo es aquel que se encuentra por debajo de los 24 puntos.

los hogares que conviven con otras personas el porcentaje que está en el cuarto cuartil es del 30,8%, y en los dos cuartiles inferiores, del 42,2% (gráfico 1).

**Gráfico 1. Porcentaje de personas mayores en SDF en los diferentes cuartiles de ingresos según si viven solas o con otras personas**



Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSP2018.

El cuartil I lo componen los hogares con rentas medias inferiores a 745 €/mes; el cuartil II, de entre 745 y 1.065 €/mes; el cuartil III, de entre más de 1.065 y 1.600 €/mes, y el cuartil IV, de más de 1.600 €/mes.

La relevancia de los ingresos de los hogares con personas mayores en SDF subyace en que, al igual que otros hogares, determina en gran medida el poder adquisitivo y las condiciones de vida de sus integrantes, y de forma específica, influye en gran medida en el acceso a las diferentes formas de cuidado y en las estrategias que se establezcan para satisfacer los diferentes niveles de necesidades (Ayuso *et al.*, 2010). En el siguiente apartado se señalan las asociaciones que se producen en los diferentes perfiles de renta con las formas de cuidado, así como por otras características de las personas mayores en SDF de Barcelona.

#### 4. Estrategias de cuidado

Los tipos de cuidados que reciben las personas en SDF dependen de sus características (la edad, el sexo o el grado de dependencia), de las características del hogar (los ingresos o la forma de convivencia), e incluso de la zona en la que residen. Los datos muestran que los hombres mayores en SDF suelen tener en mayor medida apoyo de algún familiar (75,4%) que las mujeres (59%). Por el contrario, las mujeres suelen recibir en mayor porcentaje ayudas provenientes de los servicios municipales de servicios sociales (tabla 3). Como ya se ha comentado, esta diferencia se explica en parte porque las mujeres mayores tienen más riesgo de vivir solas que los hombres, y como se puede apreciar en la tabla 4, las personas que viven solas tienen una proporción muy baja de ayudas de familiares (únicamente el 10%).

El perfil del cuidador principal depende en gran medida de la situación de convivencia y económica de las personas en SDF y de sus familias. Para el 56,9%, el principal perfil cuidador es un familiar; para el 21,9%, una persona remunerada (con o sin contrato), y para el 17,4%, una persona de servicios de atención domiciliaria proporcionada por el Ayuntamiento de Barcelona. Quienes tienen como principal persona cuidadora un/a trabajador/a del SAD, son básicamente personas que viven solas y tienen una red familiar baja o nula.

El grado de dependencia tiene una asociación substancial con el tipo de apoyo que recibe la persona en SDF. Los datos muestran que las personas con mayor grado de dependencia suelen recibir en mayor proporción apoyo de familiares. Así, las que tienen una SDF de grado II y III tienen apoyo familiar en 15 puntos porcentuales más que quienes tienen grado I; por el contrario, quienes tienen grado I reciben apoyo y cuidados de los servicios sociales municipales de forma más prevalente. Salvo la ayuda de servicios públicos, la lógica de los datos tiende a ser que cuanto mayor es el grado de dependencia (que supone mayores grados de necesidades básicas de la vida cotidiana) mayor es la proporción de apoyo o cuidados de todo tipo que reciben (tabla 3).

**Tabla 3. Tipología de las personas cuidadoras según características de las personas en SDF, de su hogar y barrio en el que residen (%)**

	Total	Sexo persona en SDF		SAD	CNP	Grado dependencia		
		Hombre	Mujer			I	II	III
Familiar	63,2	75,4	59,0	47,0	83,7	59,8	75,0	75,4
Personal Ayuntamiento Servicios Sociales	48,8	42,0	51,1	86,2	1,3	54,6	36,1	21,5
Persona contratada (con prestación de la ley de dep.)	8,3	5,8	9,1	2,0	16,3	5,2	12,2	16,9
Persona contratada (sin prestación de la ley de dep.)	7,9	9,4	7,4	9,2	6,3	5,2	8,9	15,4
Cuidador/a remunerado/a informal	19,0	19,6	18,8	15,1	23,8	19,7	17,2	30,8
Cuidador/a de una empresa privada de servicios o sanitarios	6,6	3,6	7,7	7,6	5,4	6,1	7,8	7,7
Voluntarios/as tercer sector (Cáritas, Amics de la Gent Gran)	1,1	1,4	1,0	1,0	1,3	0,4	1,7	1,5
Amigo/ga, vecino/a (no remunerado)	9,4	11,6	8,6	7,6	11,7	7,0	13,9	9,2
Otros	1,7	2,9	1,2	1,3	2,1	1,7	1,1	3,1
Ninguna ayuda	2,4	2,2	2,5	3,0	1,7	3,9	0,6	1,5

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.

Las columnas suman más de 100 % debido a que las personas pueden recibir más de un tipo de apoyo de perfiles diferentes.

Como ya se ha comentado anteriormente, los ingresos del hogar repercuten en gran medida en el acceso a las diferentes opciones de cuidados, ya que suponen la posibilidad o no de acceder al mercado informal o formal de cuidados. Los datos de la ESPD2018 (tabla 4) confirman esta hipótesis. Las personas en SDF que viven en hogares con mayores ingresos cuentan con una persona cuidadora remunerada de manera informal (28,9% en el caso de las situadas en el cuartil IV) o de manera formal (39,5% si tenemos en cuenta el personal contratado con o sin la prestación de la ley de dependencia y los cuidadores que proveen las empresas privadas) en mayor proporción que quienes tienen menores ingresos (para el cuartil I de ingresos representan el 13,4% de manera informal y el 19,7% de manera formal). A pesar de que en ocasiones los costes de los cuidados pueden correr a cargo de miembros de la familia que no conviven con las personas en SDF, la relación entre ingresos del hogar de la persona dependiente y las formas de cuidado es significativa.

**Tabla 4. Tipología de personas cuidadoras según características del hogar y barrio en el que residen las personas en SDF (%)**

	Ingresos hogar (cuartiles)				Convivencia			
	I	II	III	IV	Vive solo/a	Vive con otras personas	Barrios rentas bajas	Barrios rentas altas
Familiar	54,3	53,2	66,2	80,5	10,0	83,5	65,3	59,1
Personal Ayuntamiento Servicios Sociales	60,6	57,6	49,3	28,9	76,7	38,2	52,7	41,4
Persona contratada (con prestación de la ley de dep.)	5,5	2,2	8,8	17,2	2,7	10,4	7,6	9,7
Persona contratada (sin prestación de la ley de dep.)	8,7	8,6	8,1	7,0	8,7	7,6	9,0	5,9
Cuidador/a remunerado/a informal	13,4	13,7	19,1	28,9	14,0	20,9	14,6	27,4
Cuidador/a de una empresa privada de servicios o sanitarios	5,5	4,3	4,4	11,7	5,3	7,1	1,4	16,7
Voluntarios/as tercer sector (Cáritas, Amics de la Gent Gran)	0,0	0,7	2,2	1,6	0,7	1,3	0,6	2,2
Amigo/a, vecino/a (no remunerado)	9,4	13,7	8,1	6,3	6,7	10,4	11,5	5,4
Otros	3,1	0,7	0,0	3,1	1,3	1,8	2,0	1,1
Ninguna ayuda	2,4	4,3	2,9	0,0	6,0	1,0	2,2	2,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.

Las columnas suman más de 100 % debido a que las personas pueden recibir más de un tipo de apoyo de perfiles diferentes.

Otro de los factores que puede influir en las formas de cuidado a personas en SDF, y que menos atención ha suscitado en las anteriores investigaciones, es la influencia del territorio. Si bien existen algunas investigaciones que muestran las diferencias de las pautas y formas de cuidado entre territorios rurales y urbanos en otros contextos (Herlitz, 1997), menos se ha analizado sobre las posibles diferencias que puede haber en un mismo entorno urbano al que se le supone una

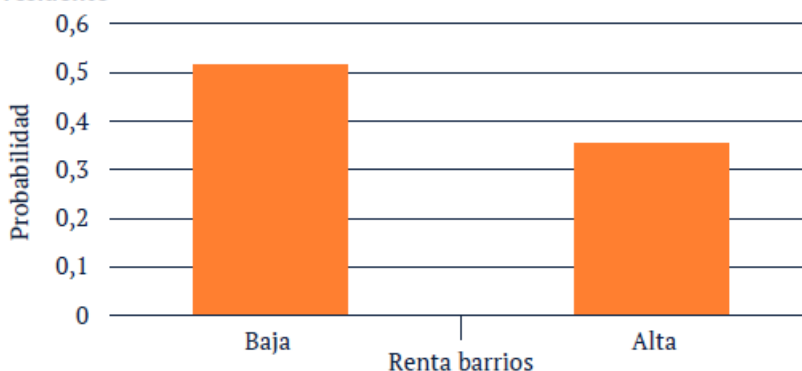


oferta de servicios públicos de atención a la dependencia común. Los diferentes territorios urbanos pueden contener diferencias internas significativas que no se detectan en análisis de ciudades de forma agregada. Las grandes ciudades pueden contener territorios muy desiguales tanto por sus características físicas, el diseño urbanístico, las comunicaciones (por ejemplo, transporte público), como también por el perfil de la población que reside en ellas, que pueden influir en el comportamiento en el cuidado de sus ciudadanos.

Asimismo, las diferencias de perfiles de los ciudadanos en los diferentes barrios pueden afectar a su capital social, redes de apoyo y comportamientos en el uso de servicios sociales. Algunos indicios muestran que el uso o no de algunos servicios sociales por parte de las personas potencialmente beneficiarias puede tener alguna explicación según el barrio o vecindario al que pertenecen. Personas con perfiles socioeconómicos parecidos pueden hacer un uso diferenciado de algunos servicios públicos debido al posible nivel de estigma que esté asociado a cada territorio. Este fenómeno puede intensificarse según el tipo de barrio y los perfiles sociales de las personas del entorno más cercano. Por ejemplo, según los datos que ofrece el Ayuntamiento de Barcelona, se produce una correlación negativa entre el nivel de RFD de cada barrio y el grado de cobertura de la población identificada como vulnerable tanto en la solicitud de la ayuda para una prestación económica para hijos e hijas menores de 16 años a cargo (Blasco y Todeschini, 2019), como también en el número de expedientes abiertos en los servicios sociales por temas relacionados con la cobertura de las necesidades básicas (según datos de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona). Es decir, existen indicios que muestran que en los barrios con rentas más altas las personas vulnerables económicamente suelen demandar menos los servicios y las ayudas públicas municipales que las personas del mismo perfil residentes en barrios con rentas más bajas.

Siguiendo esta premisa, podemos observar en el gráfico 2 que las personas mayores en SDF que residen en barrios de mayor renta tienen una menor probabilidad de utilizar los servicios públicos de atención domiciliaria que ofrece el Ayuntamiento de Barcelona<sup>9</sup>, con independencia del nivel de ingresos de los hogares con personas en SDF. Concretamente, las personas mayores en SDF residentes en barrios de rentas altas de Barcelona tienen un 32% menos de probabilidad de ser usuarias del SAD que las residentes de zonas en que predominan las rentas bajas.

**Gráfico 2. Probabilidad de ser usuario del SAD según el tipo de barrio residente**



Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.

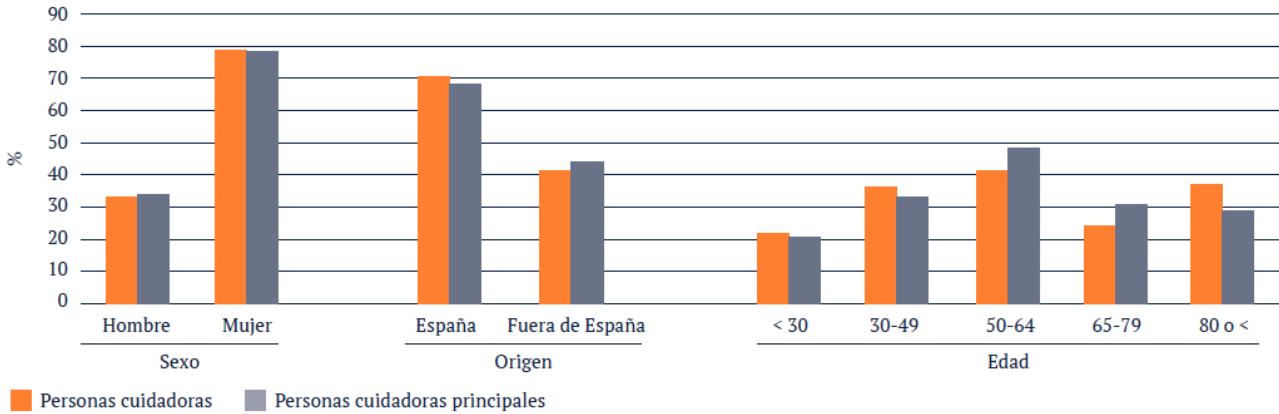
## 5. Perfiles de las personas cuidadoras

Algunas investigaciones han mostrado que existen ciertos efectos positivos de la acción de cuidar en las propias personas cuidadoras (Nolan *et al.*, 1996), pero son mucho más numerosas las evidencias que muestran los posibles efectos negativos de realizar dichas actividades (Larrañaga

9. Los resultados de estas probabilidades se basan en modelos de regresión logística basado en otras variables como los ingresos del hogar, las formas de convivencia, el grado de dependencia, el sexo y la edad de las personas en SDF. Los resultados son estadísticamente significativos ( $p < 0,01$ ).

et al., 2008). Algunos colectivos o perfiles sociales pueden verse más abocados a realizar este tipo de tareas, lo que representa una desigualdad social de gran relevancia. En concreto, se trata de un ámbito especialmente significativo en relación con la desigualdad de género. Los datos muestran que las mujeres representan prácticamente el 80% de las personas cuidadoras de personas mayores en SDF, y un porcentaje aproximado de casos que suponen el principal cuidador de dicha persona (gráfico 3).

Gráfico 3. Características de las personas cuidadoras y de las cuidadoras principales de personas en SDF (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.

Como se ha señalado en el anterior apartado, hay perfiles informales (no retribuidos) y perfiles formales de personas cuidadoras. En este sentido, tanto el cuidado informal como el cuidado formal siguen siendo una función básicamente feminizada. En los perfiles de personas cuidadoras remuneradas la proporción de mujeres supera el 90%. Se trata de un sector básicamente feminizado y con personas nacidas fuera de España. Más del 75% ha nacido en otros países en el caso de las personas cuidadoras remuneradas (formal o informalmente), y aproximadamente el 50% en el caso de trabajadoras públicas municipales.

A diferencia de las personas cuidadoras remuneradas, la brecha de género se equilibra si se tiene en cuenta a las personas cuidadoras familiares. La diferencia entre mujeres y hombres cuidadores familiares es de 13 puntos porcentuales. En este sentido, los perfiles familiares más frecuentes de cuidadoras/es de persona mayores en SDF suelen ser las hijas (32%), la pareja masculina/marido (21,2%), la pareja femenina/mujer (19,2%), los hijos (18,2%) y las madres (13,5%).

Las personas mayores en SDF pueden tener más de un cuidador familiar. La carga de las personas cuidadoras no siempre es la misma, y es conveniente tener en cuenta quién es la persona que soporta mayores cargas. Los datos muestran que la brecha de género se amplía cuando se tienen en cuenta las personas cuidadoras principales en el caso de los familiares. La diferencia llega a 31 puntos porcentuales entre mujeres y hombres que representan el principal cuidador familiar (65,3% y 34,7%, respectivamente).

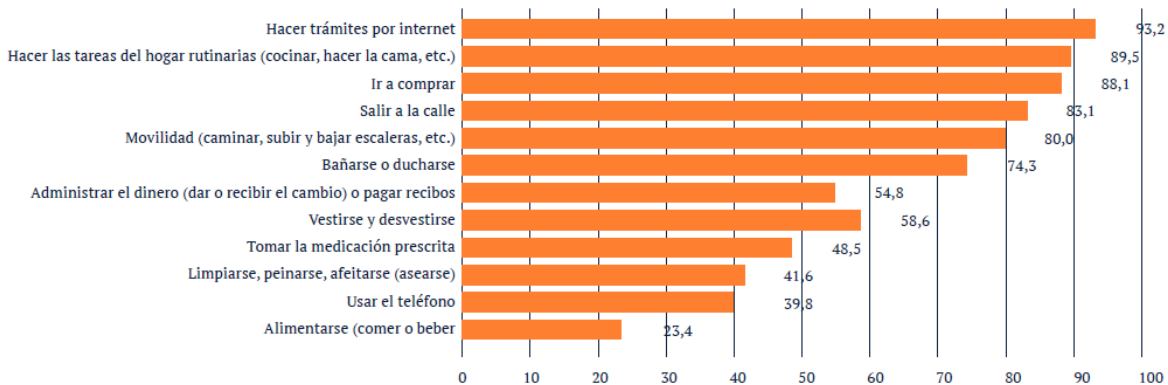
La edad del cuidador es una característica muy relevante si se tienen en cuenta los posibles efectos negativos que pueden acarrear las tareas de cuidado para la salud física y mental de las personas cuidadoras. En este sentido, los datos muestran que el 24,4% de los familiares que son los principales cuidadores tienen 80 años o más. Estas personas suele ser la pareja de la persona mayor en SDF. A estas edades, convertirse en la principal persona responsable del cuidado de una persona con dificultades para llevar a cabo las actividades cotidianas es especialmente perjudicial y comporta un elevado riesgo de sufrir efectos negativos en la salud.

## 6. Necesidades y grado de cobertura de los cuidados

El tipo de dependencia que tienen las personas en SDF provoca que existan diferentes actividades de la vida cotidiana que requieran de ayuda de otras personas. En algunos casos son actividades

relacionadas con la movilidad (pasear, ir a comprar, subir y bajar escaleras, etc.), con la higiene personal ( ducharse, lavarse, limpiarse, etc.), con las tareas del hogar (limpiar, cocinar, etc.) o incluso con las funciones más básicas como la alimentación. Los datos muestran que las principales necesidades de las personas mayores con SDF se circunscriben en realizar trámites de internet, las actividades que implican movilidad y realizar las tareas del hogar rutinarias (gráfico 4).

Gráfico 4. Personas mayores en SDF que tienen bastante o mucha dificultad para realizar las actividades habituales de la vida cotidiana sin ninguna ayuda o aparato (%)



Fuente: Elaboración propia a partir del EPSD2018.

El grado de cobertura de estas necesidades y de la satisfacción de la ayuda que reciben varía según el tipo de dificultades que tienen y según los diferentes perfiles de las personas en SDF. Según los datos analizados de la ESPD2018, las actividades habituales para las que necesitan ayuda que están menos cubiertas son las relacionadas con la realización de trámites por internet (cerca del 20% no las tienen cubiertas) y las relacionadas con la movilidad (alrededor del 15%). En relación con los diferentes perfiles de personas mayores en SDF que tienen bastante o mucha dificultad para realizar las diferentes actividades habituales de la vida cotidiana, quienes tienen un grado de dependencia I suelen contar —en prácticamente todas las actividades analizadas, salvo la de alimentarse— en mayor medida con ayudas ocasionales o nulas (menor cobertura) que quienes tienen un mayor grado de dependencia (mayor cobertura). Estos resultados muestran que quienes tienen un mayor grado de dependencia o de dificultades para realizar las actividades del día a día tienen mayor cobertura que quienes tienen grados más bajos de dependencia.

Previamente se ha señalado que en los hogares con mayores ingresos es más frecuente que las personas mayores en SDF reciban ayuda de familiares y de personal remunerado. Los datos también muestran que el tiempo que reciben de ayudas y el tiempo de atención también son más intensos. La ESPD2018 permite no solo saber el tiempo de cobertura de las ayudas sino también analizar durante todas las horas de un día entero (uno entre semana y otro en fin de semana) con quién está la persona mayor en SDF, así como todos los cuidadores que están ayudándola en todo momento (como las encuestas de usos del tiempo). Según estos datos, las personas pertenecientes al cuartil IV de ingresos reciben una media de 14,7 horas de cuidados de una persona familiar y 6,8 de una persona remunerada (en ocasiones comparten el mismo tiempo). En cambio, las personas del cuartil I de ingresos del hogar reciben 9,1 y 3,4 horas, respectivamente. Respecto a estos perfiles no hay diferencias significativas en el tiempo medio de atención del SAD. En general, la diferencia del tiempo que reciben apoyo o ayudas de todos los perfiles de cuidadores juntos a lo largo de un día (teniendo en cuenta que hay momentos que más de un cuidador coincide temporalmente) es de 7 horas: las personas del cuartil I de ingreso reciben ayudas y atenciones 12,8 horas al día de media (el 53,1% del tiempo diario) y las personas del cuartil IV, 19,8 horas (el 82,3% del tiempo diario).

Las personas en SDF necesitan la ayuda de una persona de apoyo de una forma más continua que intermitente. La presencialidad supone un rasgo importante para la ayuda de este tipo de personas, que varía según el grado de dependencia funcional. En el caso de las personas mayores en SDF de grado III, el 100% necesita ayuda todos los días y el 93,8%, las 24 horas. En el caso de las personas de grado II, el 91,1% declara que necesitan ayuda todos los días de la

semana y el 51,1%, todas las horas del día. En cambio, en el caso de las personas de grado I, el 75% necesita ayuda todos los días, y el 27,1% las 24 horas. Que las personas con mayor grado de dependencia necesiten atención y seguimiento durante todo el día es comprensible, pues se trata de personas con dificultades para llevar a cabo todo tipo de tareas de la vida cotidiana. En cambio, que más de una cuarta parte de quienes tienen el menor nivel de dependencia reconocida declaren que necesitan atención continua durante todos los días de la semana a lo largo de los días es, en cierta forma, contraintuitivo. Se trata de perfiles a los que se les entiende que no necesitan una atención muy continua y en base a ello se les suelen conceder menos tiempo de servicios del SAD o prestaciones más bajas en concepto de personas de cuidado no profesional. Estos datos son consistentes con los perfiles que declaran que tienen en menor medida cubiertas las necesidades o el grado de satisfacción de las ayudas que reciben. El doble de las personas en SDF de grado de dependencia I considera que no están satisfechas con las ayudas que reciben para cubrir las necesidades que las personas de grado III (tabla 5).

**Tabla 5. Grado en que consideran que las ayudas que reciben de otras personas satisfacen las necesidades según características (%)**

	Totalmente	Parcialmente	No
<b>Total</b>	60,0	26,8	13,1
<b>Tipología</b>			
SAD	50,3	32,9	16,8
CNP	72,3	19,2	8,5
<b>Barrios según renta</b>			
Rentas bajas	57,4	29,1	13,4
Rentas altas	65,0	22,4	12,6
<b>Ingresos del hogar</b>			
Cuartil I	54,0	30,6	15,3
Cuartil II	59,3	27,4	13,3
Cuartil III	66,2	23,3	10,5
Cuartil IV	58,6	26,6	14,8
<b>Grado de dependencia</b>			
Grado I	55,5	29,1	15,5
Grado II	65,4	22,9	11,7
Grado III	70,8	21,5	7,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.

## 7. Conclusión

La situación poblacional actual y futura de Barcelona supone un reto ineludible si se quieren mantener ciertos estándares de calidad de vida de las personas mayores, las que están en situación de dependencia funcional y sus familias. El periodo de las próximas décadas será el clímax de la pirámide demográfica invertida, lo que supondrá el periodo más exigente para las administraciones públicas en dar respuesta a las demandas de políticas efectivas para gestionar la población dependiente funcional envejecida. Como muestran los datos de la ESPD2018, una parte sustancial de esta población vive sola (generalmente mujeres) y con una red baja o nula de apoyo social. En estos casos, los servicios de atención domiciliar que proporciona el Ayuntamiento de Barcelona, aunque suelen ser de un tiempo reducido, acaban siendo primordiales para el bienestar de estas personas que suelen tener en menor medida cubiertas sus necesidades con el apoyo que reciben.

La ciudad de Barcelona es una sociedad preferentemente familista, ya que el nivel de bienestar de las personas depende en gran medida de la red familiar que tenga cada individuo. El apoyo familiar y las formas de convivencia son esenciales para entender el grado de cobertura de las necesidades y las estrategias de cuidado, puesto que acaban siendo más determinantes que los propios recursos de los hogares. Si bien es cierto que en los hogares con mayores recursos hay una mayor prevalencia en tener personas cuidadoras remuneradas (mercado informal o formal), también es cierto que son los hogares que tienen una mayor prevalencia en tener cuidadores familiares. Los datos muestran que los hogares con personas en SDF con menos rentas tienen una mayor prevalencia en ser unipersonales, con lo que aumenta la probabilidad de que reciban menor atención de familiares. Es decir, los hogares de personas mayores en SDF con mayores ingresos tienen una mayor cobertura durante el día gracias a la multiplicidad de cuidados de que disponen<sup>10</sup>, mientras que los que tienen menos recursos tienen menor acceso al mercado privado y al familiar, lo que los deja en una situación de mayor riesgo de vulnerabilidad.

Otro de los factores que nos muestra la ESPD2018 como determinantes para entender las estrategias de cuidado que tienen los diferentes perfiles de personas mayores en SDF es el territorio. Una vez más, resulta pertinente analizar las grandes ciudades de forma desagregada debido a la concentración más o menos homogénea de ciertos perfiles socioeconómicos en áreas concretas. Las diferentes “Barcelonas” muestran pautas y comportamientos diferenciados de la ciudadanía con respecto al uso de servicios sociales, y también a los cuidados de las personas mayores, más allá de las características personales o del hogar. Las personas mayores en SDF que viven en barrios de rentas altas se ven menos atraídas por el uso de servicios sociales municipales que las personas con los mismos perfiles socioeconómicos y de convivencia residentes en barrios de rentas bajas.

En resumen, el estudio presentado muestra una situación de los cuidados de las personas mayores en SDF que está lejos de ser la idónea. La implicación de las diferentes administraciones públicas debería ser más determinante en la facilitación de servicios de atención domiciliaria o prestaciones que, a su vez, permitieran “desfamiliarizar” el bienestar de las personas mayores en SDF. Cualquier paso en esta dirección debería estar orientado a mejorar las condiciones de la atención de las necesidades de este colectivo, y a reducir la desigualdad de atención de los cuidados derivados de tener unos ingresos reducidos o una red familiar o de apoyo social baja o nula. Asimismo, la mejora en este tipo de políticas públicas revertiría en la salud de las personas cuidadoras familiares, que podrían ver reducida la carga de tiempo y esfuerzo físico y mental que suponen los cuidados de personas mayores en SDF. En este sentido, los perfiles de personas cuidadoras familiares que actualmente están en una posición de mayor vulnerabilidad son las mujeres (el cuidado influye en su realización personal y en su disponibilidad/trayectoria laboral) y, especialmente, las de mayor edad, que padecen graves efectos sobre su salud.

---

## Bibliografía

ADAMS, B., ARANDA, M. P., KEMP, B. Y TAKAGI, K. (2002). “Ethnic and gender differences in distress among Anglo American, African American, Japanese American, and Mexican American spousal caregivers of persons with dementia”. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(4):279-301.

AYUSO, M., RUBIO, R. Y ESCRIBANO, F. (2010). “Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes”. *Revista Española de Salud Pública*, 84(6):789-798.

BELLÓN, J. A., DELGADO, A., DE DIOS, J. Y LARDELLI, P. (1996). “Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11”. *Atención Primaria*, 18, pp. 153-163.

---

10. La desigualdad entre ingresos del hogar y cobertura de cuidados es aún mayor teniendo en cuenta a las personas mayores en SDF que están en residencias o centros. Estos están sobrerrepresentados por hogares con ingresos altos debido a la falta de plazas públicas y a su elevado coste.



- BLASCO J. Y TODESCHINI F. (2019). *Avaluació del fons extraordinari per ajuts d'urgència social de l'Ajuntament de Barcelona 2017 i 2018*. Ivàlua.
- BROADHEAD, W. E., GEHLBACH, S. H., DEGRUY, F. V. Y KAPLAN, B. H. (1988). "The DukeUNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients". *Medicine Care*, 26, pp. 709-723.
- CABRERO, R. G. Y CODORNIÚ, M. J. (2002). *Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia*. Imserso.
- CALVO, M. J. (2007). *Distribució territorial de la Renda Familiar a Barcelona*. Ayuntamiento de Barcelona.
- DEAN, A., KOLODY, B., WOOD, P. Y MATT, G. E. (1992). "The influence of living alone on depression in elderly persons". *Journal of Aging and Health*, 4(1):3-18.
- DÍE OLMOS, L., FANTOVA, F. Y MOTA, R. (2014). "Capital social y cultural en España. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014". Madrid.
- EICHLER, M. Y PFAU-EFFINGER, B. (2009). "The 'consumer principle' in the care of elderly people: free choice and actual choice in the German welfare State". *Social Policy & Administration*, 43(6):617-633.
- GÁZQUEZ, J. J., PÉREZ, M. C., MIRAS, F., YUSTE, N., LUCAS, F. Y RUIZ, M. D. (2007). "Análisis y satisfacción del Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Almería (España)". *Anales de Psicología*, 23(1):101-108. Murcia: Editum. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- GÁZQUEZ, *et al.* (2011). "Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores". *Anales de Psicología*, 27(3):871-876. Murcia: Editum. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- HERLITZ, C. (1997). "Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden". *The Gerontologist*, 37(1):117-124.
- KEMPER, P. (1992). "The use of formal and informal home care by the disabled elderly". *Health Services Research*, 27(4): 421-451.
- KRAMER, B. J. Y KIPNIS, S. (1995). "Eldercare and work-role conflict: Toward an understanding of gender differences in caregiver burden". *The Gerontologist*, 35(3): 340-348.
- LARRAÑAGA, I., MARTÍN, U., BACIGALUPE, A., BEGIRISTÁIN, J. M., VALDERRAMA, M. J. Y ARREGI, B. (2008). "Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género". *Gaceta sanitaria*, 22(5):443-450.
- Mathers, C. D., Stevens, G. A., Boerma, T., White, R. A. y Tobias, M. I. (2015). "Causes of international increases in older age life expectancy". *The Lancet*, 385(9967):540-548.
- NOLAN, M., GRANT, G., KEADY, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham: Open University Press.
- ROGERO, J. (2009). "La distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia". *Revista Española de Salud Pública* 83(3):393-405.

ROGERO, J. (2010). *Los tiempos del cuidado*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

SARASA, S. Y MESTRES, J. (2007). *Women's employment and the adult caring burden. Family formation and family dilemmas in contemporary Europe*. Madrid: Fundación BBVA.