Capítulo 2.- A poboación en situación de dependencia e organización social do coidado en Galicia

2.1.- Precisións metodolóxicas e conceptuais sobre a medición das situacións de dependencia

As estatísticas específicas no ámbito da discapacidade e dependencia en España son realizadas polo Instituto Nacional de Estatística. A primeira delas apareceu no ano 1986 baixo o título *Discapacidades, deficiencias y minusvalías* (INE, 1987). A segunda publicouse doce anos despois (en 1999) coa denominación de *Encuesta sobre deficiencias, discapacidades y estados de salud* (EDDES). A última vez que se publicaron datos desta operación estatística foi no ano 2008 co título *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia*[1] (EDAD) da que se espera que se publicarán datos actualizados no ano 2021. Estas fontes de datos realizadas a escala nacional son adecuadas para explorar as situacións de dependencia a escala autonómica posto que ofrecen tamaños de mostra fiables e factibles. Con todo, os institutos de estatística rexionais tamén se dedicaron a recoller información específica do seu territorio. De feito, o Instituto Galego de Estatística a través da Enquisa estrutural a fogares (EEF, en diante) de carácter bianual compleméntase periodicamente cun módulo especial denominado "Dependencia". O último realizouse no ano 2017 co obxectivo de obter información sobre as persoas en situación de dependencia que viven en fogares privados, así como das persoas que coidan, de forma non remunerada, persoas en situación de dependencia, sexan ou non do seu propio fogar. Este módulo foi tamén realizado en Galicia nos anos 2007 e 2011 polo que esta base de datos permite establecer comparativas nos últimos dez anos para esta comunidade autónoma. Debido á actualización das súas cifras e á estabilidade da recollida de información no tempo decidimos que esta sexa a base de información estatística para estimar o número de persoas dependentes neste informe.

E é que unha das maiores dificultades na análise dos datos sobre dependencia está relacionada con dificultades de comparabilidade por mor das variacións que cada fonte de información expón sobre o marco conceptual baixo o cal se definen as discapacidades e as situacións de dependencia. Este problema persiste mesmo nas cifras recollidas por un mesmo organismo. Por exemplo, as enquisas sobre discapacidade e dependencia realizadas polo Instituto Nacional de Estatística, nos anos 86 e 99, formularon ambos os termos de xeito diferente. Se a *Encuesta* de 1986 estimou a porcentaxe de persoas

[1] Aínda que estas non son as únicas fontes de datos existentes a nivel nacional sobre o tema de discapacidade, si son as únicas cuxo obxecto central se desenvolve ao redor desta materia. A *Encuesta Nacional de Salud* (con datos anuais desde o ano 1987 sobre o estado de saúde das persoas maiores de 65 anos), a *Encuesta de condiciones de vida* e a *Base de datos Estatal de personas con discapacidade* (con datos desde os anos 70 ata a actualidade)… son algunhas estatísticas máis que permiten achegarse dalgunha forma ao coñecemento das características das dependencias e das persoas que as posúen. Con todo, presentan algunhas carencias para ser incluídas neste informe. Por exemplo, a primeira inclúe información sobre a poboación en situación de dependencia, pero non sobre quen coida destas persoas. Pola súa banda, a segunda non presenta unha adecuada desagregación de información a escala autonómica.

discapacitadas nun 15% para o total de España, este dato descende na *Encuesta* de 1999 a un 9%.[2] As causas polas que se rebaixou o peso de persoas discapacitadas foron, por unha banda, a supresión na segunda da categoría "discapacidade para correr" que na primeira de 1986 aglutinou un número importante de enquisados e, pola outra, os cambios introducidos na definición operativa da "discapacidade para subir escaleiras" (Jiménez e Huete, 2003). Así mesmo, a *Encuesta* realizada en 2008 polo INE presenta no caso de Galicia unha proporción menor de persoas en situación de dependencia que a realizada por este organismo no ano 1999: se no ano 1999 se contabilizaba que a porcentaxe de persoas con dependencia estaba situada no 7,1% no ano 2008 diminúe ao 6,2% a pesar do avance no proceso de envellecemento demográfico que se explicou no anterior apartado. É máis, as enquisas realizadas polo Instituto Galego de Estatística nos anos 2007 e 2017 tamén presentan cifras menores con respecto ás indicadas polo INE no ano 2008.

Táboa 2.1.- Poboación total, estimación do número de persoas en situación de dependencia e a súa prevalencia, 1999-2017[3]

	Poboación total	Poboación en situación de dependencia	
		Número	% sobre poboación total
Encuesta sobre deficiencias, discapacidades y estados de salud 1999	2.707.901	192.779	7,1
Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008	2.754.768	171.000	6,2
Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia 2007	2.741.087	100.860	3,7
Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia 2017	2.703.418	117.875	4,4

Fonte: INE, *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías,* 1986. INE, *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud,* 1999. INE, *Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia,* 2008. IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2007 e 2017.

Os inconvenientes da comparabilidade, por tanto, radican nas formas en que foron definidas a discapacidade e a dependencia. Como se comentou, neste informe séguense as conceptualizacións realizadas polo Instituto Galego de Estatística no ano 2017 (consistentes cos estudos que tamén esta entidade realizou nos anos 2007 e 2011). Enténdese que as discapacidades son "as consecuencias que a doenza produce a nivel da persoa" mentres que a dependencia é "a necesidade de axuda ou asistencia importante para as actividades da vida cotiá" ou, máis concretamente, trátase "dun estado en que se

[2] As comparacións entre países tamén presentan este problema metodolóxico. Para ampliar a información de datos a nivel internacional pódese consultar o Panel de Fogares da Unión Europea realizado desde o ano 1996 por EUROSTAT; a base de datos DISTAT que Nacións Unidas publica na súa páxina web (http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disab2.asp) e cuxos datos están recollidos no "Compendio de Discapacidade de Nacións Unidas"; ou a "Base de datos Europea Saúde para Todos" da Organización Mundial da Saúde.

[3] Non se incorporan os datos da *Encuesta* de 1986 por non atoparse de forma pública no INE.

atopan as persoas que por razóns ligadas á falta ou a perda de autonomía física, psíquica ou intelectual teñen necesidade de asistencia e/ou axudas importantes, co fin de realizar os actos correntes da vida diaria e, de modo particular, os referentes ao coidado persoal" (Consello de Europa, 1998). En definitiva, para que se produza unha situación de dependencia é necesaria a concorrencia de tres factores (Imserso, 2005):

- A existencia dunha limitación física, psíquica ou intelectual que mingua determinadas capacidades da persoa.
- A incapacidade da persoa para realizar en por si mesma as actividades da vida diaria.
- A necesidade de asistencia ou coidados por parte dun terceiro.

A discapacidade sería calquera perda ou anomalía dun órgano ou da función propia dese órgano (ausencia dunha man, mala visión, xordeira…) e a dependencia sería, ademais, a necesidade dunha terceira persoa para poder desenvolver de forma autónoma certas actividades da vida diaria (comer, erguerse, moverse…) ás que están asociadas as limitacións que expoñen as discapacidades. A discapacidade é un proceso anterior á situación de dependencia. Unha persoa pode ser discapacitada (por exemplo, padecer xordeira) e non por iso ser unha persoa dependente.

Existe un certo consenso na consideración de que é dependencia e discapacidade, mais xorde o debate ao redor da operacionalización de ambos os termos. É dicir, a polémica aparece no momento en que é preciso enumerar os criterios que conforman eses actos da vida cotiá que non poden ser realizables pola persoa discapacitada e en determinar cando as limitacións na capacidade funcional dun individuo son tales e de tal gravidade que permiten consideralo como dependente e necesitado de axuda e coidados. Para non profundar máis nestas controversias académicas nesta investigación emprégase un concepto amplamente desenvolvido en xeriatría como é o das "actividades da vida diaria" (normalmente denotadas coa sigla AVD) definidas como aquelas actividades que un individuo debe poder realizar de xeito autónomo, integrado na súa contorna habitual e cumprindo un rol social. A nivel práctico divídense en dúas categorías:

- *Actividades básicas da vida diaria (ABVD)*: son as actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independente. Entre elas inclúense as actividades de autocoidado (asearse, vestirse e espirse, acudir só ao servizo, poder quedar só durante a noite, comer...) e de funcionamento básico físico (desprazarse dentro do fogar, realizar movementos básicos como agacharse ou inclinarse...) e mental (recoñecer persoas e obxectos, orientarse, entender e executar instrucións e/ou tarefas simples).
- *Actividades instrumentais da vida diaria (AIVD)*: son actividades máis complexas que as ABVD, polo que a súa execución implicará estar en posesión dun maior nivel de autonomía funcional. Asócianse a tarefas que implican a capacidade de tomar decisións e implican interaccións máis difíciles co medio. Nesta categoría inclúense tarefas domésticas, de mobilidade, de administración do fogar e da propiedade, como poder utilizar o teléfono, tomar a medicación correctamente, cortar as uñas dos pés, subir

escaleiras, empregar o transporte público, preparar a comida, facer compras básicas, realizar certas actividades domésticas como fregar os pratos ou facer a cama, poder pasear, ir ao médico, xestionar papelames e administrar os cartos, entre outras.

A EEF no seu módulo Dependencia realizado nos anos 2007, 2011 e 2017 definiu cales destas actividades e que grao delas ten que producirse para que unha persoa sexa dependente. As actividades básicas da vida diaria segundo esta fonte de información son: asearse e lavarse, vestirse, controlar as necesidades e utilizar só/soa o baño, comer e beber, cambiar as posicións do corpo, erguerse, deitarse e permanecer de pé ou sentado, desprazarse dentro do fogar, manter relacións básicas e complexas con outras persoas. As actividades instrumentais da vida diaria son: outros coidados persoais (cortar as uñas, lavar os dentes…), desprazarse fóra do fogar, usar o transporte público, ocuparse das tarefas do fogar (limpar, pasar o ferro…), ocuparse das compras e controlar as subministracións e servizos, usar e xestionar o diñeiro, administrar e controlar os seus medicamentos, evitar os perigos dentro do fogar (esquecer un lume aceso…), evitar os perigos fóra do fogar (cruzar só/soa a rúa…), pedir axuda ante unha urxencia. Para cada unha desas actividades, a persoa en situación de dependencia tiña que indicar o grao de apoio que necesita de acordo con a seguinte escala:

1: Non apoio: non necesita axuda para realizar esa actividade.
2: Supervisión/preparación: necesita que lle fagan indicacións para realizar a actividade de maneira adecuada.
3: Apoio moderado: require que o/a axuden fisicamente na realización da actividade (inclúe a preparación dos elementos necesarios para realizar a actividade).
4: Apoio completo: require que o/a substitúan na realización física da actividade.
5: Apoio especial: presenta trastornos de comportamento que dificultan a prestación de apoio para a realización da actividade.

Para construír o grao de dependencia tómase o correspondente grao de apoio indicado en cada unha das oito ABVD e calcúlase a súa suma, que variará entre:
- 8 (1*8), a persoa non necesita apoio para ningunha das 8 ABVD (aínda que si para algunha das AIVD).
- 40 (5*8), a persoa necesita o máximo grao de apoio para cada unha das 8 ABVD.

A partir do anterior clasifícanse as persoas en situación de dependencia en:
- Dependencia moderada: cando a suma das ABVD se atopa entre 8 e 16.
- Dependencia severa: cando a suma das ABVD se atopa entre 17 e 24.
- Gran dependencia: cando a suma das ABVD se atopa entre 25 e 40.

En todo caso, cómpre mencionar que os datos das enquisas sobre situacións de dependencia non son informes realizados por expertos, senón que recollen a opinión das persoas enquisadas sobre o seu propio estado de saúde. Iso non significa que as ditas enquisas non traten sobre necesidades reais: son reais cando o individuo sente que as ten,

de maneira que a non satisfacción destas xera de seu unha non adecuación de recursos. Tal e como advirte María Ángeles Durán (2002): "a necesidade, como percepción dunha carencia, non se corresponde exactamente coa carencia: pero non por iso deixa de fornecer efectos individuais e sociais".

Esta aclaración é pertinente posto que o colectivo de persoas que están en situación de dependencia segundo a EEF non coincide co colectivo de persoas obxecto de protección polos recursos públicos. Esta circunstancia prodúcese porque a definición de dependencia a partir da cal se estima esta poboación na EEF difire da que se utiliza na lexislación vixente. En concreto, a norma que recolle o acceso das persoas con dependencia a servizos públicos é a Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia (LAPAD). Nela defínese a dependencia como "o estado de carácter permanente en que se atopan as persoas que, por razóns derivadas da idade, a enfermidade ou a discapacidade, e ligadas á falta ou á perda de autonomía física, mental, intelectual ou sensorial, precisan da atención doutra ou outras persoas ou axudas importantes para realizar actividades básicas da vida diaria ou, no caso das persoas con discapacidade intelectual ou enfermidade mental, doutros apoios para a súa autonomía persoal". É ese carácter de permanencia da dependencia para ter dereito a unha prestación do catálogo de recursos públicos a que provoca que a poboación que se "declara dependente" na EEF varíe con respecto á poboación que "sería obxecto de prestación".

Para termos unha estimación de ambos os colectivos (poboación dependente e poboación dependente obxecto de protección pública), neste capítulo, ademais de se analizaren as características sociais e demográficas da poboación con dependencia, preséntase tamén unha estimación deste colectivo que tería a posibilidade de se acoller á Lei 39/2006 de Promoción da Autonomía Persoal e Atención ás Persoas en Situación de Dependencia (LAPAD). Para iso, aplicouse á base de datos da EEF o baremo de valoración da dependencia[4] (BVD, en diante) co que a LAPAD mide os graos e niveis da dependencia. Especificamente identifícanse once actividades para as cales se valora unha batería de tarefas que as caracterizan. Nas tarefas en que se presente dependencia, que, de acordo con a definición antes mencionada, debe ser de carácter permanente, a persoa encargada da valoración debe establecer o tipo (supervisión; física parcial; substitución máxima; apoio especial) e a frecuencia do apoio (case nunca; algunhas veces; bastantes veces; maioría das veces; sempre). Considérase que os apoios se precisan cando a súa intervención resulte imprescindible na maioría das veces ou sempre. Cada tarefa e cada actividade teñen un peso distinto para efectos do cálculo da puntuación final. Ademais, a ponderación modúlase en función do tipo de apoio necesario. Unha puntuación inferior a

[4] Este baremo está recollido no Real decreto 174/2011, do 11 de febreiro, polo que se aproba o baremo de valoración da situación de dependencia. Ao longo dos anos variou a forma de valoración. Desta maneira, aínda que na súa versión inicial se estableceu unha división en tres graos e dous niveis de dependencia en cada un deles, estes últimos foron suprimidos mediante as disposicións do Real decreto lei 20/2012, do 13 de xullo, de medidas para garantir a estabilidade orzamentaria e de fomento da competitividade. Esta norma entrou en vigor no contexto das políticas de austeridade españolas para limitar o gasto público en materia de protección social e garantir a estabilidade orzamentaria. Desde ese momento, a situación de dependencia mídese a partir de tres graos: moderado, severo e gran dependencia.

25 implica a exclusión do sistema de axudas e beneficios. A partir destes criterios, as actividades reciben unha puntuación que, unha vez aplicados os debidos parámetros de ponderación, permiten obter unha puntuación final nunha escala de 0 a 100, que determina o grao de dependencia. Os graos resultantes son os seguintes:

a) Grao I. Dependencia moderada: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria, ao menos unha vez ao día ou ten necesidades de apoio intermitente ou limitado para a súa autonomía persoal. Correspóndese a unha puntuación final do BVD de 25 a 49 puntos.

b) Grao II. Dependencia severa: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria dúas ou tres veces ao día, pero non require o apoio permanente dun coidador ou ten necesidades de apoio extenso para a súa autonomía persoal. Correspóndese a unha puntuación final do BVD de 50 a 74 puntos.

c) Grao III. Gran dependencia: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria varias veces ao día e, pola súa perda total de autonomía física, mental, intelectual ou sensorial, necesita o apoio indispensable e continuo doutra persoa ou ten necesidades de apoio xeneralizado para a súa autonomía persoal. Correspóndese a unha puntuación final do BVD de 75 a 100 puntos.

O módulo Dependencia da EEF inclúe unha batería de preguntas acerca do apoio necesario para realizar varias actividades da vida diaria. Para cada actividade, pregúntase o tipo de apoio necesario, coa mesma escala utilizada no BVD. A partir das respostas a estas preguntas, aplicamos as fórmulas de medición do BVD para obter unha estimación de cal sería a poboación obxecto de protección pública pola LAPAD.

É importante mencionar que non hai unha correspondencia perfecta entre as actividades e tarefas incluídas no BVD, e as que se consideran na EEF. A maioría das preguntas da enquisa consideran só as actividades de nivel superior. Nestes casos, considerouse a ponderación que, de acordo coa escala xeral do BVD, se asignan a esa actividade. Por outra banda, no caso de tres actividades, a enquisa considera só algunhas tarefas que a caracterizan. Neste caso, repartiuse o peso das tarefas en cada actividade de acordo co baremo oficial, repartindo o peso das tarefas non consideradas nas existentes, segundo o caso.

O BVD e mais as preguntas da EEH presentan outras diferenzas. Por exemplo, a enquisa non pregunta sobre o carácter de permanencia da dependencia, condición indispensable para poder acceder á LAPAD. Outra diferenza relevante está relacionada coa frecuencia do apoio necesario. Aínda que na EEH se pregunta acerca do tempo total necesario para o coidado dunha persoa, non se especifica a frecuencia de apoio para cada actividade, variable relevante no BVD para efectos de determinación das necesidades reais de apoio. Ambas as diferenzas apuntan a unha posible sobreestimación do número de persoas que recibirían un grao de dependencia de acordo co BVD.

En resumo, para estimar a poboación dependente obxecto de protección pública a partir dos datos da EEF, seguíronse estes pasos:

1. Clasificar todas as actividades da vida diaria que se consideran na Enquisa estrutural a fogares de acordo co BVD.

2. Asignar a cada actividade a ponderación específica segundo o tipo de apoio requirido.

3. Aplicar a ponderación de cada actividade segundo o BVD para o cálculo da puntuación estimada da situación de dependencia.

4. Establecer o grao de dependencia en función da puntuación recibida.

2.2.- Aproximación cuantitativa á poboación en situación de dependencia

Os datos do módulo Dependencia da Enquisa estrutural a fogares realizada polo IGE contabiliza no ano 2017 117.875 persoas en situación de dependencia. Esta cifra representa ao 4,4% da poboación galega, aínda que existen diverxencias segundo a provincia de residencia. Concretamente, é Ourense o territorio que supera a media da rexión, cunha porcentaxe dun 5,4%, tal e como pode observarse na táboa 2.2.

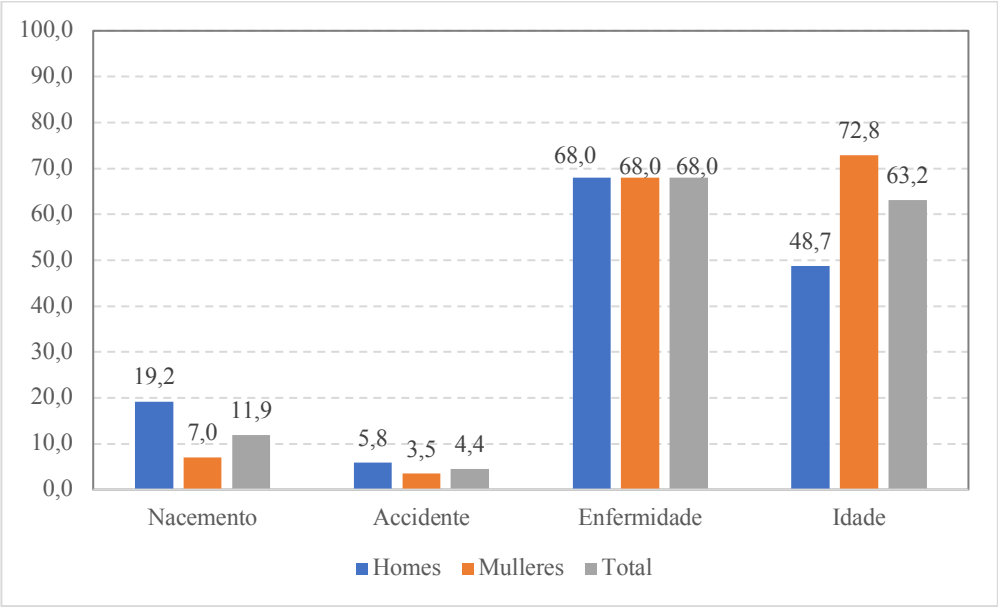
Táboa 2.2.- Prevalencia de persoas en situación de dependencia en Galicia segundo a provincia, evolución 2007-2017.

	2007			2011			2017		
	Poboación	Dependencia	Prevalencia	Poboación	Dependencia	Prevalencia	Poboación	Dependencia	Prevalencia
TOTAL	2.747.084	100.860	3,7	2.771.650	94.251	3,5	2.703.418	117.875	4,4
A Coruña	1.124.496	37.155	3,3	1.139.993	36.771	3,2	1.119.996	48.194	4,3
Lugo	352.358	16.781	4,8	348.524	16.401	4,7	332.400	14.500	4,4
Ourense	33.2897	16.018	4,8	329.000	14.403	4,4	309.947	16.804	5,4
Pontevedra	937.033	30.906	3,3	954.133	26.676	2,8	941.075	38.377	4,1

Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2007-2017, INE, Padrón municipal de habitantes, datos 1 de xullo de cada ano.

A evolución dos datos na última década mostra a tendencia á alza nesta taxa de dependencia porque, a pesar de que esta situación pode aparecer a calquera idade, o certo é que a proporción de persoas con necesidade de axuda para o desenvolvemento das súas actividades diarias aumenta conforme cumprimos anos. Desta maneira, o número de persoas con dependencia increméntase a medida que avanza o envellecemento. Aínda que os datos da EEF demostran que o 72,8% das persoas nesta situación declaran que foi a enfermidade a que as levaron a entrar nun proceso de dependencia, destaca que o 63,2% declare que requiren axuda cotiá por mor da idade. Esta cifra é moito máis elevada entre as mulleres, onde se sitúa nun 72,8% (gráfico 2.1).

Gráfico 2.1.- Persoas en situación de dependencia segundo a súa causa, 2017



Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2017.

O número de persoas maiores de 65 anos con dificultades para as AVD cuantificouse segundo esta base de datos en 91.525, polo que o 77,6% deste colectivo supera a idade de xubilación. A prevalencia entre os maiores de 65 anos é do 13,7% e entre os maiores de 75 anos alcanza o 22,1% (táboa 2.3).

Táboa 2.3.- Distribución da poboación segundo sexo e idade e prevalencia de situación dependencia, 2017

	Poboación Galicia			Poboación situación dependencia			Taxa de prevalencia		
Idade	H	M	TOTAL	H	M	T	H	M	T
TOTAL	1.306.026	1.397.392	2.703.418	47.082	70.793	117.875	3,6	5,1	4,4
<50	742.624	722.706	1.465.330	8.963	5.279	14.242	1,2	0,7	1,0
50-64	278.132	291.730	569.862	6.185	5.923	12.108	2,2	2,0	2,1
65-74	148.809	168.564	317.373	7.381	6.686	14.067	5,0	4,0	4,4
75 e máis	136.458	214.389	350.847	24.553	52.905	77.458	18,0	24,7	22,1

Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2007-2017 e INE, Padrón municipal de habitantes, poboación a 1 xullo de 2017.

Os datos mostran, por tanto, unha clara correlación da dependencia con respecto á variable idade aínda que tamén aparece unha forte asociación segundo o sexo. De feito, o 60,1% das persoas con dependencia son mulleres (táboa 2.4). A distribución da dependencia segundo o sexo da persoa que a padece mostra a existencia dunhas pautas xeneralizadas:

- Ata os 74 anos o número de homes en situación de dependencia é superior en todos os grupos de idade. É dicir, a idades novas existe unha maior proporción de homes dependentes.

- A partir dos 75 anos esta tendencia modifícase e a proporción de mulleres en situación de dependencia supera o dos homes. De feito, o 68,3% das persoas de máis de 75 anos con dependencia son mulleres (táboa 2.4).

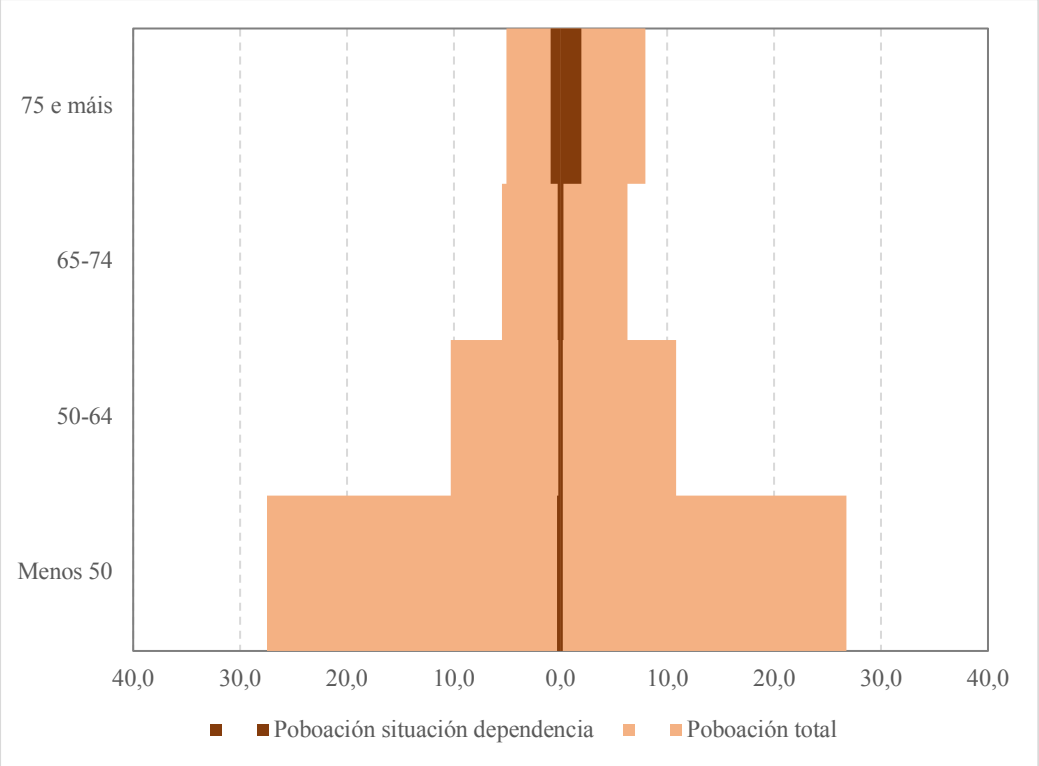
Táboa 2.4.- Persoas con dependencia en Galicia segundo sexo e idade, 2017

	Homes	Mulleres	TOTAL	Porcentaxe mulleres (horizontais)
TOTAL	47.082	70.793	117.875	60,1
Menos de 50 anos	8.963	5.279	14.242	37,1
50-64 anos	6.185	5.923	12.108	48,9
65-74 anos	7.381	6.686	14.067	47,5
75 e máis anos	24.553	52.905	77.458	68,3

Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2017 e INE, Padrón municipal de habitantes, poboación a 1 xullo de 2017.

A partir de idades avanzadas a dependencia convértese nunha situación que acontece principalmente ás mulleres. Segundo Jiménez y Huete (2003: 42-43) a explicación desta tendencia está asociada a tres hipóteses "unha delas ligada a factores culturais (unha posible subdetección temperá de discapacidades nas mulleres, que suxire a existencia de expectativas sociais diferentes por sexo), outra a factores socioeconómicos (maior exposición dos homes a certos riscos xeradores de discapacidade na xuventude e as primeiras etapas da vida adulta, como os accidentes laborais e de tráfico) e outra a factores biolóxicos (mortalidade diferencial por sexos, cun maior índice de supervivencia entre as mulleres)".

Gráfico 2.2.- Comparación pirámides poboación en situación de dependencia e poboación total en Galicia, 2017



Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2017 e Padrón municipal de habitantes a 1 de xullo de 2017.

Esta feminización da dependencia a medida que se avanza en idade xera non soamente un maior número de mulleres dependentes, senón tamén que estas padezan as dependencias máis graves. Así, o 60,0% da poboación nesta situación ten un grao severo ou de gran dependencia e, entre este colectivo, a porcentaxe de mulleres ascende ao 61,6%. A táboa 2.5 mostra a distribución deste dato segundo sexo. Obsérvase que, efectivamente, a prevalencia da dependencia severa e de gran dependencia é de 1,5 casos por cada 100 mulleres, mentres que entre os homes descende a un 1,0% (calculada como o cociente entre as persoas con dependencia segundo o seu grao e o total da poboación).

A "gran dependencia" é considerada na citada enquisa cando a persoa necesita axuda para realizar distintas actividades básicas da vida diaria varias veces ao día e, pola súa perda total de autonomía mental ou física, necesita a presenza indispensable e continua doutra persoa. A dependencia "severa" é clasificada cando a persoa require que o substitúan na realización física da actividade. A dependencia "moderada" asóciase a necesidades de apoio máis leves onde se require axuda para realizar a actividade, pero non substitución da persoa. As situacións de dependencia máis graves aparecen asociadas á idade. O 62,8% das persoas maiores que requiren asistencia están nunha situación de gran dependencia ou severa (táboas 2.5 e 2.6).

Táboa 2.5.- Distribución da poboación segundo sexo e grao de severidade da dependencia, 2017

	Homes	Mulleres	Total
Poboación total	1.306.023	1.397.389	2.703.412
Poboación situación dependencia	47.082	70.793	117.875
Moderada	20.816	28.722	49.538
Severa	12.825	20.986	33.811
Gran dependencia	13.441	21.085	34.526
Prevalencia moderada	1,6	2,1	1,8
Prevalencia severa	1,0	1,5	1,3
Prevalencia gran dependencia	1,0	1,5	1,3

Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2017 e Padrón municipal de habitantes a 1 de xullo de 2017.

Táboa 2.6.- Persoas maiores de 65 anos en situación de dependencia, grao de severidade e sexo

	Homes	Mulleres	Total
TOTAL	31.933	59.591	91.524
Moderada	11.727	22.324	34.051
Porcentaxe	*34,4*	*65,6*	*100,0*
Severa	9.142	17.815	26.957
Porcentaxe	*34,0*	*66,0*	*100,0*
Gran dependencia	11.064	19.451	30.516
Porcentaxe	*36,0*	*64,0*	*100,0*

Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2017

2.3.- A poboación en situación de dependencia e características dos seus fogares

O modo de convivencia das persoas en situación de dependencia é relevante para explorar con quen viven e cales son as súas redes e solidariedades familiares. Este último aspecto será tratado con máis detalle no seguinte capítulo, mais aquí cabe mencionar como, do mesmo xeito que se experimentaron cambios nas estruturas por idades, este proceso veu acompañado de modificacións nas formas familiares e nos fogares. As baixas taxas de natalidade, o atraso na idade do primeiro fillo, o rápido incremento de nais non casadas, as rupturas matrimoniais ou a solteiría son algunhas das dimensións que ata o momento se mencionaron como características da nosa "segunda transición demográfica" (véxase o capítulo 1). Estatisticamente o fogar constitúe unha unidade elemental de poboación e comprende un conxunto de persoas que conviven habitualmente na mesma vivenda. Consonte esta definición salienta o incremento de fogares nas últimas dúas décadas en Galicia. No ano 2017 segundo a EEF existen 1.059.872 fogares, mentres que no ano 2007 esta cifra alcanzaba os 990.286 fogares. Este incremento débese especialmente ás

modificacións que se produciron no seu tamaño, posto que os divorcios e as reconstitucións familiares deron lugar a unha maior pluralidade dos modos de convivencia. Desta maneira, incrementáronse os fogares unipersoais (dun 18,8% en 2007, pasouse a un 21,8% en 2017) así como os fogares monoparentais (cunha incidencia do 9,0% en 2007 e de 9,9% en 2017).

Canto aos fogares das persoas en situación de dependencia, estes aumentaron tamén nos últimos anos. De 93.483 en 2007 situámonos en 107.577 no ano 2017. O aumento da esperanza de vida e unhas mellores condicións de saúde permiten que máis persoas con dependencia poidan vivir nun fogar autónomo, pero, sen dúbida, foi o ritmo do avellentamento o que fixo aumentar esta cifra. De feito, a porcentaxe de persoas maiores de 65 anos entre os fogares de persoas con dependencia ten unha incidencia do 78,9%. E esta situación atópase en maior medida nas provincias en que o envellecemento é máis acentuado como é o caso de Ourense, onde o 12,0% dos fogares está composto por unha persoa en situación de dependencia. A cifra no resto de provincias sitúase ao redor do 10,0% tal e como pode observarse na táboa 2.6. Ademais, nos últimos anos tamén se incrementou o número de persoas con dependencia en cada fogar. A incidencia da convivencia de dúas ou máis persoas nesta situación incrementouse do 7,6% en 2007 ao 9,4% en 2017.

Táboa 2.7.- Evolución fogares que teñen persoas en situación de dependencia, 2007-2017

	2007			2017		
	Total fogares	Total fogares con dependencia	Incidencia	Total fogares	Total fogares con dependencia	Incidencia
TOTAL	990.286	93.483	9,4	1.059.872	107.577	10,2
A Coruña	404.790	34.650	8,6	442.326	43.746	9,9
Lugo	131.612	15.596	11,9	132.126	13.173	10,0
Ourense	133.714	14.762	11,0	129.433	15.532	12,0
Pontevedra	320.292	28.474	8,9	355.887	35.126	9,9

Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2017

Os datos da EEF permítennos coñecer tamén a tipoloxía dos fogares en que convive este colectivo. Os resultados para o ano 2017 confirman que o tipo de convivencia maioritario é nun "núcleo familiar", termo con que se fai referencia a unha idea restrinxida de familia unicamente aos parentes con vínculos estreitos (por exemplo, pai ou nai con fillos, ou parella con fillos ou sen fillos). Nesta situación atópase o 25,4% das persoas galegas con dependencia. Tamén destaca a convivencia entre cónxuxes sen fillos cunha porcentaxe do 19,3%, as parellas con fillos, un 16,2%, e os fogares unipersoaiss nun 12,5% dos casos. Esta tipoloxía é tamén similar entre as persoas maiores de 65 anos con dependencia. Neste caso, a convivencia nun núcleo familiar é maioritaria cun 29,5%. O 12,8% dos fogares deste colectivo son unipersoais.

Táboa 2.8.- Fogares que teñen persoas con dependencia por tipoloxía do fogar, 2017

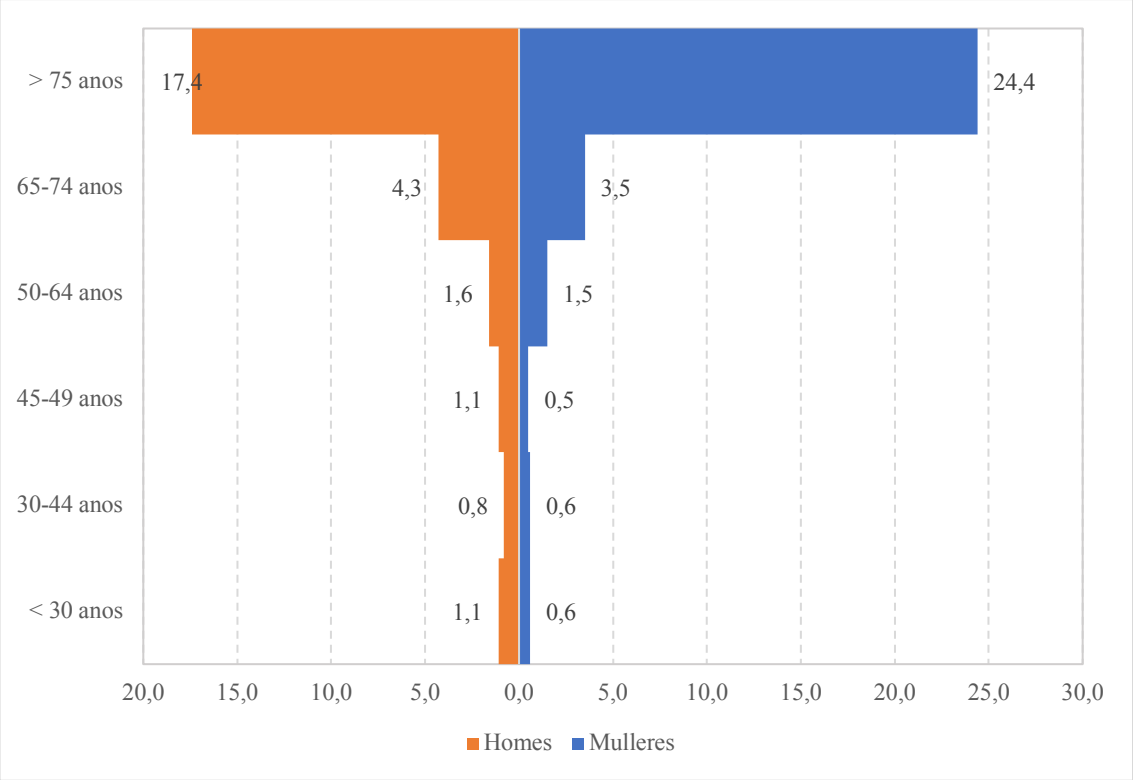
	TOTAL	Porcentaxe	Maiores 65 anos	Porcentaxe
TOTAL	107.577	100,0	84.827	100,0
Unipersoal	13.442	12,5	10.824	12,8
Sen núcleo	4.386	4,1	3.624	4,3
Parella con fillos	17.407	16,2	6.953	8,2
Parella sen fillos	20.709	19,3	18.407	21,7
Monoparental	14.925	13,9	11.827	13,9
Un núcleo e outros	27.317	25,4	25.030	29,5
Varios núcleos	9.391	8,7	8.162	9,6

Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2017

2.4.- Estimación do número de persoas dependentes en Galicia obxecto de protección pola LAPAD.

Como se comentou no apartado 2.1, a partir da EEF é posible realizarmos unha estimación da poboación que, en situación de dependencia, podería demandar un recurso público de atención seguindo os criterios de valoración da LAPAD. Os resultados indican que, no ano 2017 (ano realización enquisa), das 117.875 persoas con dependencia, terían dereito a prestación 105.926 persoas. Iso supón aproximadamente un 3,9% do total de residentes en Galicia ese ano e significa que un 10% das persoas estimadas como dependentes pola enquisa non terían dereito a ningún tipo de prestación. Segundo o grao de dependencia, case o 40% das persoas clasificaríanse como grao III (gran dependencia), o 37% como grao II (dependencia severa), e o resto como grao I (dependencia moderada). Os datos mostran tamén como a poboación beneficiaria dun recurso público sería especialmente aquela que supera os 75 anos, etapa en que conflúen máis necesidades de axuda para as AVD, nomeadamente entre as mulleres (gráfico 2.3).

Gráfico 2.3.- Estimación da poboación con dependencia en Galicia obxecto de protección (a partir de EEF, 2017). Distribución segundo sexo e idade.



Fonte: Elaboración propia a partir de microdatos do IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2017

Dado que os datos da EEF soamente inclúen poboación que reside en domicilios familiares, cómpre incorporar a esta estimación aqueles individuos que, sendo dependentes, residen en institucións colectivas. De acordo cos datos do Censo de Poboación e Vivendas 2011, o número de persoas en establecementos para persoas maiores era de 14.263.[5] Se se extrapola a mesma proporción para o ano 2017, a poboación estimada en centros residenciais de Galicia sería de 14.536 persoas.[6]

Vista a poboación estimada residente en establecementos colectivos para maiores, as persoas dependentes e asumindo que todas elas presentan algún grao de dependencia, con dereito a beneficios ou axudas en Galicia no ano 2017 ascenderían a 120.462.[7] É dicir, o 4,4% da poboación total de Galicia.

[5] Os datos do Censo de 2011 son os últimos dispoñibles. Por esta razón, estímase o número de persoas en centros residenciais para maiores no ano 2017. Os datos do novo censo deberían estar dispoñibles a partir do ano 2022.

[6] Hai que ter en conta que, de acordo con *Envejecimiento en red* (portal xurdido a partir da colaboración entre a Fundación Xeral CSIC e o Instituto de Economía, Xeografía e Demografía, IEXD, do CSIC) contabiliza un número maior de prazas residenciais en Galicia. En concreto, estima a existencia de 20.285 (poñer en que ano). Tendo isto en conta é posible que a estimación realizada a partir do *Censo de población y viviendas* 2011 do INE infraestime o cómputo global desta poboación.

[7] Baixo a hipótese de que todas as prazas en centros residenciais para maiores estean ocupadas, o número estimado de dependentes con dereito a prestacións ou axudas sería de 126.211 persoas.

Táboa 2.9.- Estimación da poboación con dependencia en Galicia obxecto de protección (a partir da EEF, 2017). Distribución por graos de necesidade de coidados.

	Número dependentes	Porcentaxe
TOTAL residente en fogares	105.926	3,9 (da poboación total)
Grao I	24.778	23,4 (da poboación dependente en fogares)
Grao II	39.660	37,4
Grao III	41.488	39,2
TOTAL residente en centros residenciais (estimación para 2017 a partir de datos CENSO 2011)	14.263	2,3 (da poboación maior de 65 anos)
TOTAL persoas dependentes obxecto de protección pola LAPAD	120.462	4,4 (da poboación total)

Fonte: Elaboración propia a partir de microdatos, IGE, Enquisa estrutural a fogares, módulo Dependencia, 2017

Para contextualizar estes resultados, durante o mesmo ano 2017, o número de solicitudes recibidas en Galicia para acceder ao sistema público da LAPAD achegouse ás 80.000. Iso significa que un número de poboación que se considera dependente non solicitou a súa valoración para obter algún recurso público de asistencia. En concreto, ao redor dunhas 25.000 persoas. Esta discrepancia pode estar motivada por distintos factores. En primeiro lugar, é posible que a clasificación de persoas dependentes obxecto de protección da LAPAD a partir duns datos de enquisa supoña unha sobreestimación deste colectivo (xa apuntamos algúns elementos que poderían actuar neste sentido no apartado 2.1) e que os seus resultados varíen dos obtidos mediante unha valoración profesional. Alén disto, a enquisa non nos permite considerar dous factores relevantes na valoración: o carácter permanente do estado de dependencia e a frecuencia do apoio necesario. Con todo, tamén hai que ter en conta que a estigmatización dalgunhas situacións de dependencia podería reducir o número de persoas que declaran determinados estados físicos ou mentais nunha enquisa. Se as estimacións obtidas se achegan á realidade do fenómeno en Galicia, a diferenza co número de persoas que solicitan e reciben prestacións indicaría a existencia dun gran número de persoas dependentes á marxe do sistema de atención e que, ademais, non solicitaron o seu acceso. Como se explicará máis adiante neste informe, algunhas características da LAPAD, como o copagamento, podería inhibir ao colectivo de rendas medias ou medias altas a demandar un recurso público, pois o custo adicional que lles suporía sería equivalente á contratación privada de asistencia domiciliaria.

2.5.- Aclaracións terminolóxicas sobre coidados, traballo de coidados, coidado social e organización social do coidado

O estudo do coidado converteuse nun aspecto de interese central no ámbito da administración pública. Numerosas monografías e volumes coordinados desde diferentes disciplinas mostran a riqueza desde a que se abordou a súa exploración desde as ciencias

sociais.[8] Cambios históricos relacionados coa incorporación das mulleres ao mercado de traballo, o mantemento das desigualdades de xénero, os novos modelos de familia, a diminución das taxas de fecundidade, o envellecemento da poboación e os movementos migratorios femininos no sur global son algunhas das dimensións chave que activaron este ámbito de investigación. Todas estas achegas académicas, tanto aquelas que se enmarcan nas análises de política pública ou do mercado de traballo, como nas inseridas en estudos de xénero e feministas, coinciden en sinalar como característica básica a sobrecarga feminina na esfera familiar e a diminución da cobertura das políticas sociais (a partir, sobre todo, da Gran Recesión do ano 2008).

Neste sentido, fíxose habitual falar de "**crise de coidados**" e "crise de reprodución social" (Pérez-Orozco, 2014) para facer referencia, dunha banda, ao desequilibrio existente entre as necesidades de coidados e a demanda de servizos e traballadores para a súa provisión e, da outra, para constatar as desigualdades sociais que se xeran durante a súa subministración, sobre todo de xénero pola elevada presenza feminina nestas ocupacións, pero tamén de clase social e de etnia. De feito, a distancia entre a oferta e demanda de coidados foi cuberta en moitas sociedades (entre as que se atopa a española e a galega) mediante a contratación de empregadas de fogar, ocupación que aínda que historicamente se nutriu de man de obra de mulleres que procedían de contornas rurais protagonizando o éxodo rural-urbano, na actualidade é habitual que esta tarefa a desempeñen mulleres migrantes. Algúns termos están a constatar esta realidade como é o de "criadas da globalización" ("servants of globalisation") acuñado por Rhacel S. Parreñas (2001), "cadeas globais de coidado" ("global chains of affection") utilizado por Hochschild (2000), e o de "mulleres globais" para se referir ás inmigrantes ocupadas como aias, enfermeiras e criadas (Ehrenreich e Hochschild, 2004).

Malia que o coidado forma parte da nosa vida cotiá, da nosa subsistencia diaria, a súa caracterización, conceptualización e estimación é moi complexa. Que se entende por coidados e por traballo de coidados? Definir ambos os conceptos non é sinxelo e para tal fin existe un intenso debate na literatura científica (Carrasco, Borderías e Torns, 2011). As conceptualizacións clásicas sobre o emprego baseáronse en categorías de actividades e ocupacións desenvolvidas nun contexto onde o traballo asalariado era predominantemente masculino. Esta situación provocou que aqueles traballos onde a presenza maioritaria era feminina, como é o caso das tarefas domésticas e de reprodución social, non fosen conceptualizadas como traballos *per se* e ficasen relegadas a tarefas propias de "amas de casa" que se exercían dentro dos fogares afastadas do mercado laboral. Deste xeito, as estatísticas que miden as actividades económicas teñen moitas dificultades para atopar categorías profesionais baixo as que caiban a multitude e variedade de actividades que se desempeñan nos "coidados".

Neste informe abordamos o "**traballo de coidados**" como un concepto amplo que non é equiparable na súa totalidade a un emprego asalariado, senón que engloba tamén todos

[8] Os números especiais das revistas *Revista Española de Sociología* (2021), *Papeles del Ceic* (2016), *Íconos* (2014), *Gender and Development* (2014) ou *Feminist Economics* (2010) son exemplos desta proliferación, do mesmo xeito que compilacións como as de Pautassi e Zibecchi (2013) ou a de Carrasco, Borderías e Torns (2011).

aqueles procesos e actividades que son necesarios para soster a vida das persoas. Partimos, por tanto, de que os coidados engloban "todas as necesidades que requiren as persoas para garantir o sostemento e a reprodución da súa vida, así como o seu benestar físico e emocional" (Gálvez, 2016: 19). Baixo esta consideración, o traballo de coidados incluiría todas aquelas actividades que se realizan no seo das familias sen remuneración como aqueloutras que se prestan a través dos servizos públicos, o mercado (servizos privados) ou a comunidade (asociacións, entidades sen ánimo de lucro, fundacións…) e que teñen unha retribución salarial. Desta maneira, entendemos por "traballo de coidados non remunerado" aquel que se desempeña dentro das familias por persoas con que non se mantén unha relación salarial e que, habitualmente, é realizado por parentes, achegados ou persoas voluntarias. É neste ámbito cando adoita distinguirse entre traballo doméstico e traballo de coidados. Mentres o primeiro consiste en todas aquelas tarefas vinculadas ao mantemento do fogar, o segundo, fai referencia ás tarefas directas de atención a persoas. A pesar desta popular distinción, neste informe, consideramos traballo de coidados ambos os aspectos debido ás dificultades existentes para a súa diferenciación e porque os labores domésticos inclúen elementos intrinsecamente relacionados como é garantir a alimentación, a hixiene, e a supervivencia diaria. O traballo de coidados non remunerado, xa que logo, comprendería as actividades desenvolvidas para atender outras persoas tanto a unha escala física como emocional.

Como mencionamos, as dimensións desde as que se prové asistencia son variadas e están rodeadas de múltiples lóxicas, ás veces contrapostas, porque nalgúns casos se realizan por amor e afecto, outras por obriga moral ou ética e noutros casos media unha relación salarial. O concepto de "**coidado social**" ("social care"), acuñado por autoras anglosaxoas estudosas do Estado de benestar (Daly e Lewis, 2000), tratou xustamente de dar unha resposta conceptual non só a esta multiplicidade de ámbitos e lóxicas implicadas nos coidados, senón tamén ás complexas conexións entre elas. Como estas autoras indican, o coidado comprende "as actividades e relacións que interveñen na satisfacción das necesidades físicas e emocionais das persoas adultas e das nenas e nenos, e os marcos normativos económicos e sociais en que aquelas se asignan e desenvolven" (Daly Lewis, 2000: 285). A importancia deste termo reside en que ofrece un modelo de coidado social en que se ofrece unha visión articulada dos coidados que integra, por unha banda, todas as actividades e relacións implicadas na asistencia e, por outra, o contexto lexislativo no cal o levan a cabo. Desta maneira, este marco analítico integra dous niveis de análises: o nivel macro, das políticas, onde se pode identificar como se distribúen os coidados entre o Estado, as familias, os mercados e a sociedade civil e o nivel micro, das prácticas cotiás de distribución do coidado dentro das familias (Martín, 2009). É así como "coidado social" fai referencia a unha rede extensa de relacións que inclúen tanto a práctica da asistencia como a súa distribución entre todos os axentes implicados (o Estado, o mercado, a familia e a comunidade).

Para simplificar este esquema é común na literatura académica que se utilice a representación gráfica dun diamante que figuradamente representa en cada un dos seus vértices o catro espazos de provisión dos coidados (figura 2.1). Estes correspóndense co Estado, a familia, o mercado e a comunidade. A distribución dos coidados nestas pancas

é o que define a súa provisión na sociedade e as diferentes fórmulas con que as sociedades distribúen a asistencia en cada unha delas coñécense co concepto "**organización social do coidado**". Deste xeito, segundo as institucións e culturas de cada territorio/país os transvasamentos da provisión en cada unha destas esferas varía e serven para definir as características do seu modelo de coidados. As transferencias de coidado dun ámbito a outro forman parte das dinámicas de familiarización, mercantilización, privatización, "onegeización" etc. que na actualidade atravesan a provisión dos coidados de longa duración. Así entendido este concepto permite comprender que o coidado non é unha cuestión de mulleres, senón que remite ao modo en que as sociedades asentan os criterios políticos baixo os que se organiza a vida social e se distribúen as tarefas (Picchio, 2001).

A inclusión da provisión de coidados na análise económica foi tan complexa que requiriu modificar o paradigma tradicional da economía mediante a incorporación de dimensións que inclúen os intercambios de bens e mercadorías, mais tamén relacións e valores que non poden cuantificarse monetariamente de forma directa. O ámbito da "economía do coidado" xorde precisamente para explicar a maneira en que as sociedades "resolven a reprodución cotiá das persoas (habería que engadir, non só a reprodución, senón o mantemento físico e emocional, e mesmo social), e o rol que isto xoga no funcionamento económico e nos determinantes da desigualdade" (Gálvez, 2016: 24).

Táboa 2.10.- Conceptos básicos para a análise do sistema de coidados de longa duración

Concepto	Definición
Traballo de coidados	Actividades que se realizan para cubrir todas as necesidades que requiren as persoas para garantir o sostemento e a reprodución da súa vida, así como o seu benestar físico e emocional. Iso inclúe tanto o traballo non remunerado (realizado especialmente polas familias) como o remunerado.
Coidado social	Actividades e relacións que interveñen na satisfacción das necesidades físicas e emocionais das persoas adultas e das nenas e nenos, e os marcos normativos económicos e sociais nos que aquelas se asignan e desenvolven (Daly e Lewis, 2000: 285).
Organización social do coidado	Distribución do coidado en todas as esferas do benestar dunha sociedade, a saber: Estado, mercado, familia e comunidade.
Crise de coidados	Desequilibrio existente entre as necesidades de coidados e a demanda de servizos e traballadoras para a súa provisión. Constata as condicións de desigualdade social que se xeran durante a súa subministración en función do xénero, a clase social e a etnia (Pérez-Orozco, 2006)

Fonte: Elaboración propia

Figura 2.1. O diamante do coidado



Fonte: Razavi (2007)

Figura 2.2.- Os traballos de coidado na economía



Fonte: Elaboración propia a partir de Gálvez (2016: 23)

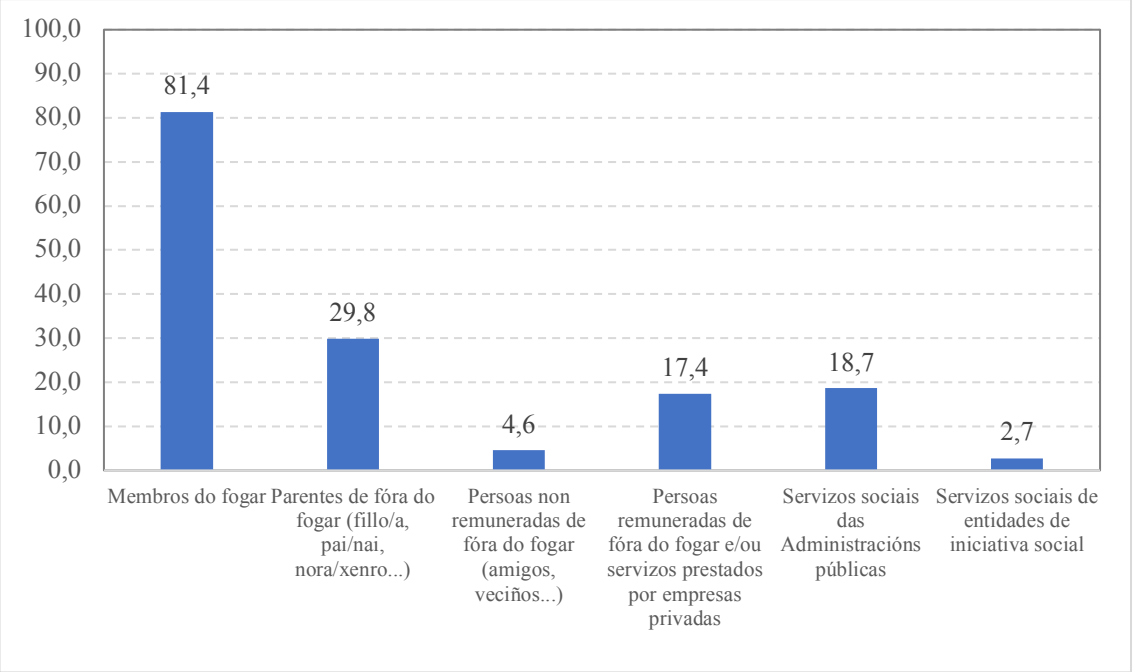
Despois destas aclaracións xa estamos en disposición de continuar coa análise do sistema de coidados de longa duración en Galicia. A perspectiva utilizada é a do coidado social en Galicia. Isto é, unha concepción ampla do campo social en que se desenvolven os coidados. Porque o Estado, o mercado, a familia e a comunidade non poden disociarse da provisión do benestar e habitualmente retroaliméntanse. Se no capítulo anterior consideramos axeitado estimar quen necesita coidados, agora é a quenda de conceptualizar como se produce a súa provisión atendendo a quen os dá e en que condicións. Trátase de pescudar que papel xogan o Estado, o goberno autonómico, as administracións locais, como se distribúen nos fogares e cal é o rol das empresas privadas e a sociedade civil.

2.6.- Como nos coidamos en Galicia?

A organización social dos coidados representa unha cuestión de crucial importancia no contexto actual, sobre todo, a teor dos cambios sociodemográficos dos últimos anos que abren unha nova fenda na sociedade, coñecida como *care gap* (Pickard, 2015) e dos efectos provocados pola pandemia da Covid-19. A lonxevidade é unha conquista social, pero aumenta a probabilidade de discapacidade e, daquela, as necesidades de atención. O avellentamento da poboación reforza as xeracións dunha familia, xa que promociona os vínculos entre os parentes de distintos rangos etarios (Lee e Mason, 2011), pero tamén xera novas necesidades económicas no ámbito das pensións. A redución da fecundidade permite controlar os desexos individuais de traballo, o estilo de vida e a realización persoal, mais non sempre se manteñen os fillos desexados e, por tanto, pérdese futuro apoio familiar.

E este último aspecto é sumamente importante. Non hai dúbida de que a familia é o centro baixo o que se sosteñen os coidados. Só hai que revisar algúns datos para corroborar esta constante histórica. Segundo a información da Enquisa estrutural de fogares (do IGE), no seu módulo Dependencia realizado no ano 2017, o 81,4% das persoas dependentes recibe coidados de membros do seu fogar e no 29,8% dos casos esta atención é tamén realizada por parentes non conviventes. A incidencia dos servizos sociais públicos alcanza ao 18,7% das persoas con dependencia e a mercantilización da asistencia por medios privados é relevante. O 17,4% deste colectivo contratou unha coidadora privada para realizar estas tarefas. A atención do terceiro sector e das redes de apoio persoal é minoritaria neste esquema tal e como pode observarse no seguinte gráfico (gráfico 2.4).

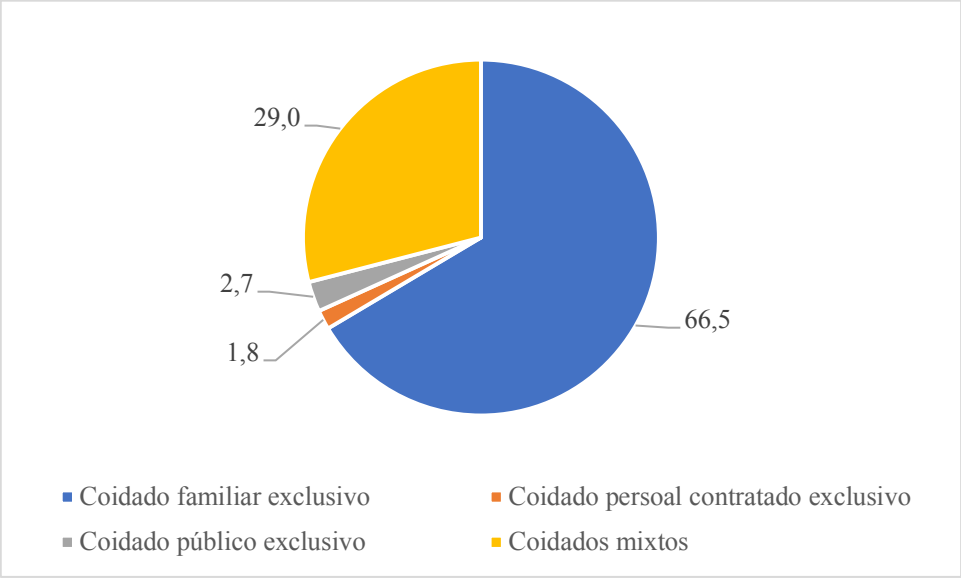
Gráfico 2.4.- Persoas con dependencia que reciben coidados segundo a súa relación coa persoa receptora.



Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural de fogares , 2017

Por tanto, a distribución do coidado en Galicia susténtase na implicación da parentela cuxa atención adoita reforzarse mediante a combinación doutros recursos públicos e privados. Pero a involucración da familia é tan elevada que a media de horas de coidados realizados cada semana ascende a 46,3 horas, o que sitúa a media de tempo que levan asumindo esta responsabilidade en 8 anos. Iso fai pensar que as horas que prestan os servizos son adicionais á familia. A este modelo de coidado social denomínaselle "familista" para facer referencia precisamente á involucración das persoas achegadas na asistencia (Leitner, 2003). No gráfico 2.5 represéntase como se conxugan cada un destes servizos. O 66,5% das persoas con dependencia recibe unicamente coidado familiar e o 29,0% recibe unha asistencia combinada entre diferentes tipos de recursos (familiares, persoa contratada ou servizos públicos). Polo tanto, a implicación da familia segue a ser a principal fórmula de provisión da atención nos fogares. A porcentaxe da mercantilización dos coidados chega ao 13,0%, cifra que representa a o número de persoas dependentes que teñen contratada de xeito privado a unha coidadora no seu domicilio.

Gráfico 2.5.- Persoas con dependencia que reciben coidados segundo a súa relación coa persoa receptora.



Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural de fogares , 2017

Esta situación coincide coa que nos atopamos en España. A solidariedade familiar continúa formando parte do esquema da organización doméstica en España e, de feito, aínda o 53,7% considera que a mellor opción de coidado para os adultos maiores é viviren con alguén da familia, aínda que o 9,7% deste tipo de fogares xa conta cunha persoa contratada para efectuar estas tarefas e esta é coidadora principal (CIS 3009/2014). Segundo estudos previos a contratación realízase de maneira maioritaria a través do servizo doméstico e cunha elevada presenza de traballadoras migrantes (Díaz e Martínez-Buján, 2018).

Por tanto, non se pode obviar o feito de que o familismo está a atopar novas formas de expresión a través da mercantilización dos coidados. Iso contribúe a que diminúan as cargas de coidados sobre os fogares, aínda que a xestión segue recaendo sobre os a parentela. A fórmula de organizar os coidados a través do emprego do fogar responde a unha estrutura social familista modificada, onde se externalizan as actividades, pero mantéñense dentro do fogar e en mans femininas, é dicir, replicando o modelo de organización familiar tradicional. Esta organización da provisión de coidados responde, por tanto, a un "ideal de coidados" que en Galicia se caracteriza por se produciren especialmente "en casa coa familia" (Torns *et al.* 2014). O "ideal de coidados" é un termo que foi acuñado por Hochschild (2001) para facer referencia á opción que resulta máis apropiada en cada sociedade. Un ideal que parte de cuestións éticas e constrúe a imaxe social acerca de onde, quen e como se deben atender as necesidades de coidados.

Este imaxinario de "mellor coa familia" converte as mulleres en coidadoras principais e sinálaas como as máis capaces para aseguraren o afecto e agarimo que requiren estas

tarefas. De feito, o 62,8% das persoas coidadoras en Galicia son mulleres e, aínda que os datos da EEF mostran a presenza masculina nas tarefas de atención, existe unha forte desigualdade canto á implicación de ambos os xéneros nestas actividades. As mulleres son as que desenvolven os coidados durante máis horas ao día e durante máis tempo ao longo da súa vida. Ademais, a súa presenza é máis elevada nos territorios rurais que nos urbanos. Así, a media de horas á semana que prestan atención é de 46,3 horas. Nos homes a cifra redúcese a 38,3. A media de anos como coidadoras entre as mulleres é de 8,4 e entre os homes descende a 7,6. A porcentaxe de mulleres coidadoras é do 59,7% no caso dos municipios de máis de 50.000 habitantes e alcanza o 65,0% naqueles inferiores aos 10.000 habitantes.

Táboa 2.11.- Coidadores familiares de persoas con dependencia segundo o lugar de residencia e a media de horas e anos que dedican á atención.

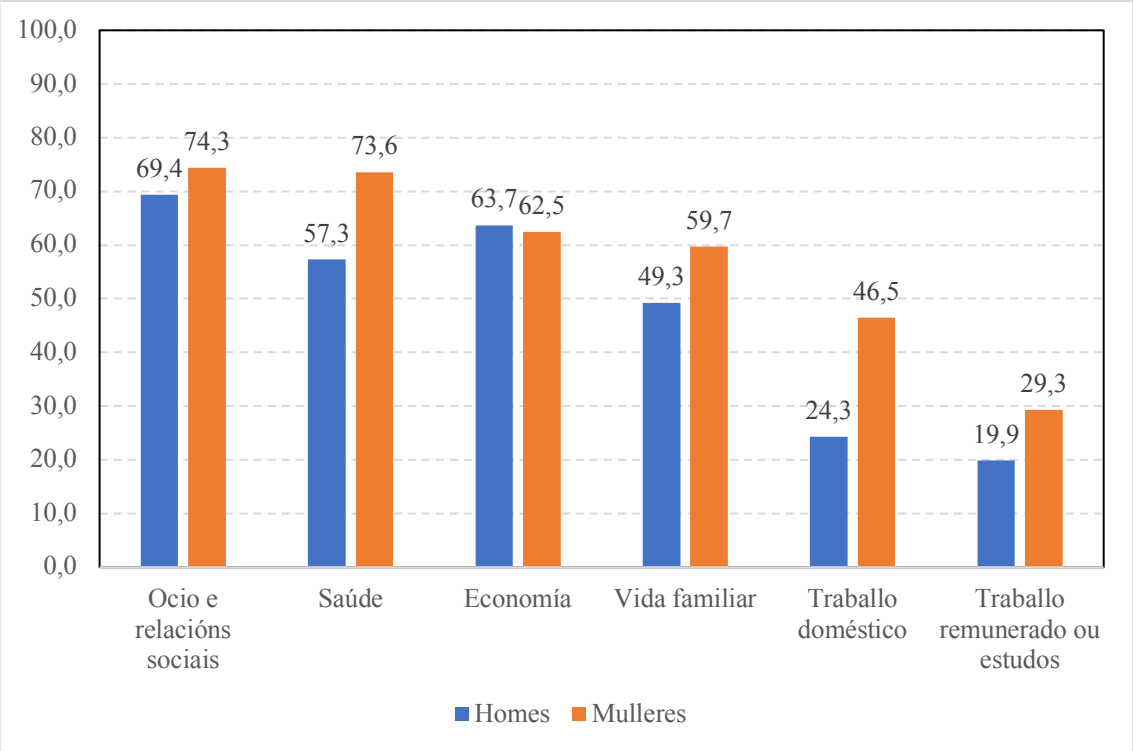
	Total	Homes	Mulleres
Sexo	144.539	53.821	90.718
	100,0%	*37,2%*	*62,8%*
Media anos idade	57,2	56,9	57,4
Media de horas coidados á semana	43,3	38,3	46,3
Coidados +70 horas semana	25,6%	22,9%	27,1%
Media anos realizando os coidados	8,13	7,63	8,42
Tamaño municipio (en porcentaxe)			
< 10,000 hab.	36,3	37,2	62,8
10,000-20,000 hab.	18,5	35,0	65,0
20,000-50,000 hab.	15,9	36,8	63,2
> 50,000 hab.	29,3	37,1	62,9

Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural de fogares , 2017

No caso dos coidados a adultos maiores a extensión e intensidade dos coidados no fogar, así como a súa preferencia como "ideal" provoca unha dupla contradición. A primeira delas é que as persoas coidadoras, aínda que viven os coidados de longa duración como un traballo, percíbenos baixo relacións de afecto e amor para desenvolver no seo da familia e é aí onde xorde unha tensión entre a obriga moral e os custos persoais que comporta a súa asunción. Aínda que os coidados a persoas supoñen reducións de tempos de lecer e familiares para todos os coidadores, estes son especialmente relevantes para as traxectorias laborais e vitais das mulleres. No seguinte gráfico represéntanse as actividades que tiveron que suprimir ou eliminar os coidadores de persoas dependentes (os datos desagregáronse por xénero). Pode observarse como as dimensións máis afectadas son as de relacións sociais e as de descanso tanto para homes como para mulleres. Con todo, os valores sobre os efectos en saúde, na vida familiar, no traballo

doméstico e no traballo remunerado son bastante máis elevados entre as mulleres coidadoras. Por exemplo, o 73,6% delas declara consecuencias sobre o seu estado de saúde fronte ao 57,3% dos homes e o 59,7 e o 46,5% tamén viron minguada a súa vida familiar e tiveron que deixar parte do traballo doméstico nos seus fogares. As cifras en ambos os aspectos descende entre os homes a un 49,3% e un 24,3%. As repercusións sobre o emprego tamén son destacables. Un terzo das coidadoras tivo que reducir as súas xornadas laborais ou deixar o seu traballo fronte ao 19,9% dos homes.

Gráfico 2.6.- Dimensións e actividades que os coidadores declaran que cambiaron ou mesmo eliminaron

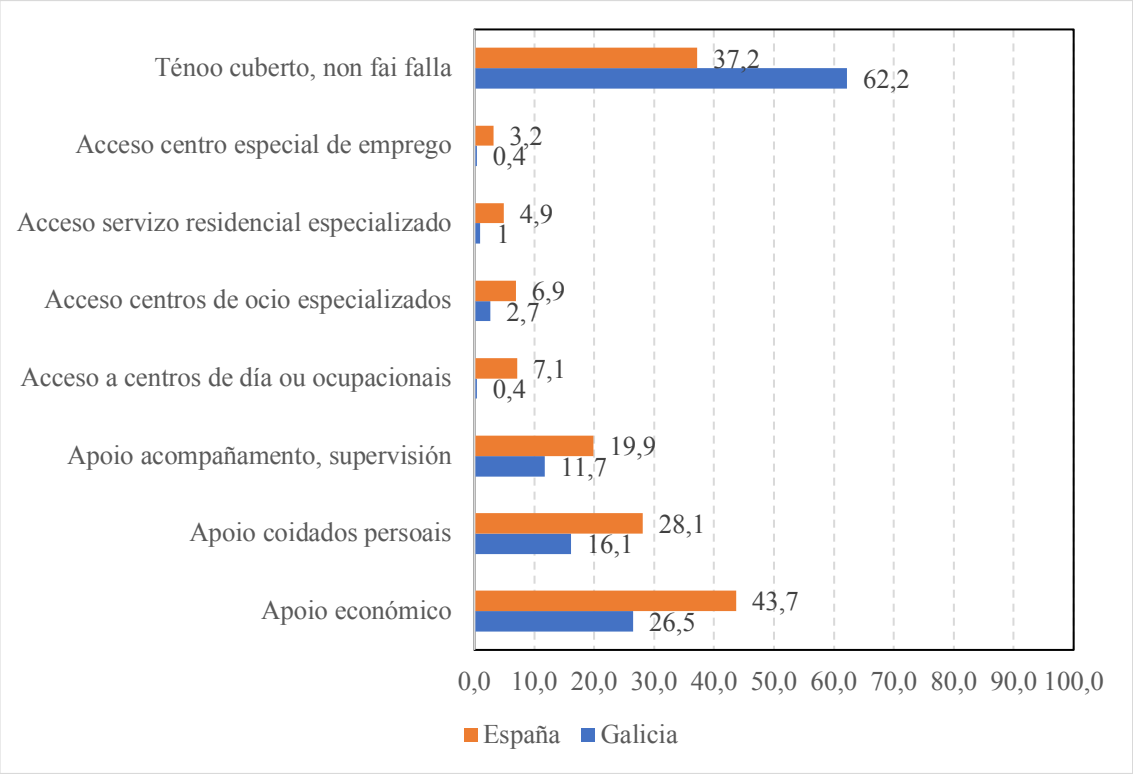


Fonte: Elaboración propia a partir de IGE, Enquisa estrutural de fogares , 2017

Esta naturalización das habilidades e competencias relativas aos coidados de longa duración dentro da familia ten como consecuencia que alimenta a desconfianza cara aos servizos sociais ofertados. Estes son percibidos, en ocasións, como asistencialistas e impersoais polo que en moitos casos as familias se negan a recibir atención personalizada en centros de día ou noutros servizos complementarios. Os datos da Enquisa FOESSA 2018 para Galicia corroboran o alcance desta situación. Cando se pregunta nos fogares de persoas con algunha limitación para as actividades da vida diaria se botan en falta algún tipo de axuda adicional para afrontar a atención, as súas respostas sitúanse maioritariamente entre aqueles teñen cubertas todas as súas necesidades (62,2%) ou aquelas que botan en falta algún tipo de apoio económico (26,5%). Só un 16,1% considera que un apoio para a atención a coidados persoais sería necesaria. A importancia destes datos tamén radica na súa comparación cos que presentan para o total de España. Neste

caso, a porcentaxe de fogares con persoas dependentes que declara ter todas as súas necesidades cubertas descende ao 37,2% e o apoio económico é demandado por un 43,7% (Fernández, 2019). A estes datos poderiamos engadir que o 60,1% dos fogares de persoas con dependencia asumen por si mesmos os gastos que supoñen os coidados (datos EEF 2017).

Gráfico 2.7.- Distribución da poboación de Galicia e España en función do tipo de apoio ou axuda que botan en falta os fogares con persoas con algunha limitación para as actividades da vida diaria, 2018

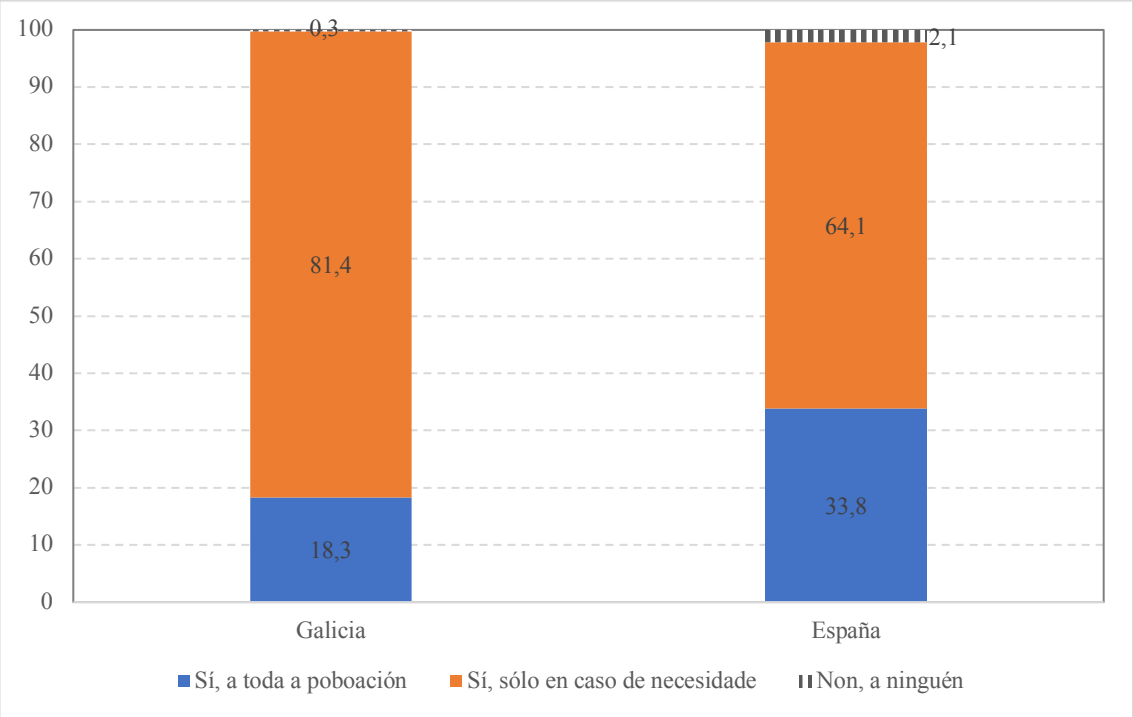


Fonte: EINSFOESSA 2018

A segunda contradición está relacionada coa presenza da contratación de empregadas de fogar como coidadoras non profesionais nos fogares privados. A prevalencia deste fenómeno nas últimas dúas décadas implica que o control que supón o espazo doméstico imponse aos estándares de coidado que se esixen ás institucións especializadas, pero non no interior do fogar e prevese, ademais, que esta opción avance no futuro pois cando se pregunta á poboación galega sobre a responsabilidade da administración pública en prover servizos, prestacións e axudas técnicas para a dependencia, o 81,4% considera que o deber de garantir este tipo de servizos só debería aplicarse ás persoas en situación de necesidade, mentres que tan só un 18,3% desexa que se estenda a toda a poboación. Se se observan estes datos para o caso de España, a opción universalista ten unha maior prevalencia (33,8%). Estes datos axudan a definir a "cultura dos coidados" (Letablier, 2007) en Galicia. Isto é, as representacións colectivas acerca da responsabilidade de

persoas dependentes que se modulan segundo os valores de cada sociedade. Ambos os conceptos permiten captar a dimensión simbólica e os factores socioculturais que subxacen nas relacións que Estado, mercado e familia manteñen para dar resposta ás necesidades de coidados.

Gráfico 2.8.- Distribución da poboación de Galicia e España segundo a percepción e alcance o deber da Administración pública de garantir servizos, prestacións e axuda técnicas para a dependencia, 2018.



Fonte: EINSFOESSA 2018

Os coidados de longa duración percíbense, por tanto, como un problema individual que debe resolverse dentro do ámbito privado porque as opcións que ofrece o Estado non responden ás expectativas e requirimentos das situacións particulares. Ou ben, non se considera a posibilidade de resposta por parte do Estado. Este ideal supón en si mesmo un dos obstáculos principais para a profesionalización do sistema de coidados de longa duración en España e xera fortes estratificacións en función da clase social, o xénero e a procedencia étnica. O consenso ao redor deste imaxinario semella compartido tanto polas persoas dependentes, como polas familias, as profesionais e as institucións dedicadas aos coidados da dependencia. Este ideal tende a contrapor o fogar familiar á institución profesional e responde a pautas e valores que amparan a importancia simbólica outorgada á casa e á familia. Deste xeito, prefírese a casa como espazo privilexiado que permite preservar a intimidade e manter a capacidade e o poder de decisión. Así mesmo, sinálase ás mulleres da familia como coidadoras principais, converténdoas nas únicas capaces de aseguraren o trato personalizado e afectivo. Todo apunta, deste xeito, á preeminencia dun imaxinario segundo o cal o ingreso das persoas dependentes en institucións especializadas

supón unha perda de privacidade e poder de decisión, sempre unido a un trato impersonal e serializado (Moreno, 2019).

Pero este apoio familiar está determinado, entre outros aspectos, pola dispoñibilidade de vínculos a través do curso de vida (Puga, 2019). O cambio demográfico mencionado terá consecuencias sobre estas redes de apoio, aínda que os seus efectos aínda non sexan visibles de maneira inmediata. Por exemplo, a rede social dos maiores en Galicia apóiase de xeito moi notable nos vínculos cos fillos. A ampla presenza de fillos entre as actuais xeracións de maiores, a gran frecuencia de contactos con eles, a satisfacción coa relación e a intimidade lograda son os elementos que construíron a fortaleza da rede entre as persoas de idade e os seus fillos. O vínculo establecido cos netos é consecuencia da fortaleza da anterior. Baséase na ampla presenza de netos e a alta frecuencia de contactos persoais con eles, de forma, mesmo, relativamente independente da proximidade. Os datos da enquisa do CIS 3036/2014 demostra que o 33,6% dos galegos mantén relacións e trato directo con de 11 a 20 persoas da súa familia maiores de 15 anos. E o dato alcanza un nada desdeñable porcentaxe do 21,7% con persoas que din que ese trato se sostén con entre 21 a 30 familiares.

Táboa 2.12.- Con cantos familiares maiores de 15 anos se relaciona ou ten traballo directo?, 2014

	Total nacional	Galicia
0 familiares	0,6	3,3
1-5 familiares	14,3	10,5
De 6 a 10 familiares	**24,5**	**16,4**
De 11 a 20 familiares	**30,8**	**33,6**
De 21 a 30 familiares	**16,0**	**21,7**
De 31 a 40 familiares	7,5	7,2
De 41 a 50 familiares	2,0	2,6
Máis de 50 familiares	4,1	3,3
NS/NC	0,3	1,3
(N)	(2.468)	(152)

Fonte: Elaboración propia a partir de CIS, Estudo 3036/2014

Ora ben, cómpre ter en conta que algúns sectores da poboación poden atoparse en situacións de vulnerabilidade debido á escaseza ou inexistencia deses vínculos. Porque estas consideracións están a ter en conta familias con fillos e con relacións positivas. Mais o problema xurdirá nos casos nos que non existan vínculos con descendentes, pois as redes sociais basculan sobre a súa existencia. Nestes casos existirá unha maior vulnerabilidade dada a redución dos membros das familias extensas. Segundo os datos para España, tradicionalmente, entre un 20 e un 25% dos nados en cada xeración non tiña fillos. Aos que había que sumar aqueles que chegaban á vellez sen fillos (vivos) debido á alta mortalidade temperá. Esta poboación víase arroupada por redes densas en termos de

vínculos intraxeracionais. Por exemplo, en 1982 un 33% das persoas maiores solteiras vivía con irmáns (datos total España). As xeracións que actualmente transitan pola vellez son excepcionais desde esta perspectiva, son as xeracións con menor infecundidade da nosa historia. Os nados entre as décadas dos anos 30 e os 50 tiveron unha infecundidade igual ou inferior a un 15%. Por tanto, na actualidade a poboación maior con escaseza de vínculos interxeracionais é moi reducida. Pero nun futuro próximo chegarán á vellez poboacións cunha maior infecundidade –un 20% entre as nadas nos anos 60 e é posible que ao redor dun 25% entre as nadas a mediados dos anos 70 (Esteve, Devolder e Domingo 2016)–. A iso haberá que engadir unha menor presenza de cónxuxe e un menor número de irmáns (e descendentes destes).



Mercantilización dos coidados

- ✓ Xenera postos de traballo
- ✗ Accesible só para quen pode pagalos



Desenvolvemento do apoio público

- ✓ Profesionalización
- ✗ Protección pública nos casos máis graves e de menor renda

Quen debe prestar coidados?

Cal é o tipo de protección social que debería ofrecer a administración pública?

Onde teñen que realizarse?

Cómo deben prestarse?



CRISE DOS COIDADOS



Familiarización dos coidados

- ✓ O mellor, “en casa coa familia”
- ✗ Aumenta a carga sobre as mulleres



A Comunidade

- ✓ A veciñanza é cómplice dos coidados
- ✗ O valor da comunidade retrocede

DATOS

120.462 persoas con dependencia en Galicia. **117.875** viven en fogares. O **77´6%** ten máis de 65 anos.

O **62,8%** das coidadoras na familia son mulleres. A medida de horas de coidados á semana é de **43´3h**. e levan desempeñando esta labor unha media de **8,1 anos**.

O **66,5%** das persoas con dependencia recibe coidados unicamente da familia.

O **13%** das persoas con dependencia teñen a unha coidadora contratada de xeito privado nos seus fogares.