

SEMINARIO INTERNACIONAL: “EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y PROPUESTAS PARA CONSOLIDAR LA RED NACIONAL DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN COSTA RICA”

San José, 22 y 23 de noviembre de 2010

“El cuidado: prisma indispensable para las políticas públicas”

María-Angeles Durán¹

Centro de Ciencias Humanas y Sociales

Consejo Superior de Investigaciones Científicas, España

1.- La predicción de las necesidades de cuidado.

Cuidar es una necesidad. También es un derecho, y una obligación. Pero más allá de las grandes palabras, hay que descender a lo concreto: ¿Quién tiene derecho a recibir cuidados? ¿En qué se basan sus derechos y cuáles son sus límites en esfuerzo, tiempo, dinero, riesgos? Por otra parte, para que un derecho (el de cuidar o el de ser cuidado) sea algo más que una concesión teórica, tiene que llevar aparejada la definición de ante qué o quién puede ejercerse, quién lo garantiza y bajo qué circunstancias. ¿Se ejerce el derecho a ser cuidado ante la familia, ante el Estado, ante el empleador, ante la compañía de seguros, ante la sociedad en general, ante una entidad filantrópica?

Las necesidades de cuidado varían en cada estructura social, siendo factores determinantes la composición demográfica de la población, su nivel de recursos y la distribución de los servicios entre hogares, mercado, Estado y sector no lucrativo. La composición demográfica es el factor mejor conocido y el menos modificable a corto y medio plazo. Por características demográficas hay tres grandes sectores que consumen importantes proporciones del cuidado disponible:

- a) los niños
- b) los enfermos
- c) los ancianos dependientes.

A ellos hay que añadir una cuarta categoría de base no demográfica sino social, que es la de:

- d) los exentos o liberados de su propio cuidado y del cuidado ajeno.

Casi todos los estudios o informes hacen referencia a los tres primeros grupos, pero rara vez hacen referencia al cuarto. Sin embargo, por volumen es más importante que cualquiera de los otros, y por capacidad de cambio debiera ser un objetivo igualmente prioritario, que requiere instrumentos de intervención (educación, generación de opinión pública, responsabilización legal, sistemas de conciliación con el empleo) diferentes de los anteriores².

¹ Esta ponencia es un avance de la investigación “*El trabajo no remunerado en la economía global*” dirigida por M.A. Durán, de próxima publicación por la Fundación BBVA.

² Gerdt Sundström ha analizado la evolución del tipo de cobertura de servicios a mayores en Suecia entre 1950-2010. Han disminuido los servicios para personas en buena salud física y mental y para mayores jóvenes, mientras han aumentado para los mayores (+ de 80

2.- La construcción de escalas de demanda.

Una buena escala para la predicción de demanda de cuidados debe reunir dos condiciones básicas; que sea factible y que sea comparable. La disponibilidad de datos sobre el nivel de salud y de recursos de un grupo social concreto (una clase social, una etnia, una zona rural, un barrio, un grupo de edad o de género, etc.) y sobre su acceso al empleo, al patrimonio, al crédito, a los servicios públicos y a las entidades caritativas o sin ánimo de lucro, requiere frecuentemente trabajos previos ad-hoc, monográficos, que no están previamente disponibles ni son exactamente comparables con los realizados para otras estructuras sociales u otros grupos. Por ello, aunque los estudios monográficos sean el óptimo, frecuentemente hay que basar la toma de decisiones en estudios menos específicos y menos apoyados en investigación compleja sobre el terreno.

La información más general y fácilmente accesible es la demográfica, habitualmente facilitada en cada país por los institutos nacionales de estadística y posteriormente analizada por otras entidades internacionales para realizar estudios prospectivos y proyecciones para el futuro. A nivel mundial, Naciones Unidas ha facilitado recientemente proyecciones históricas y a futuro de la población mundial (1950-2050), desagregada por países y regiones, en la *World Population Prospects. The 2008 Revision*. Las previsiones de este análisis incluyen tasas de dependencia simple, que son las de menores de 15 años y las de mayores de 65 respecto a la población total. Son tasas de dependencia útiles pero demasiado inespecíficas, ya que por ejemplo la demanda de cuidado per cápita de los niños de 0 a 4 años es mucho mayor que la de los 10 a 15 años. Por la misma razón, la demanda de cuidados de los mayores de 80 años es mucho mayor que la de 65 a 75.

Desde hace más de dos décadas, en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas se viene investigando sobre el uso del tiempo y las demandas de cuidado según grupos de edad. Para ello se han construido escalas alternativas a la Escala de Oxford, posteriormente llamada de la OCDE, que es muy utilizada para ponderar la disponibilidad de recursos monetarios en los hogares en las investigaciones sobre pobreza. La escala OCDE es una escala monetaria que atribuye a los hogares una fuerte economía de escala cuando aumenta el número de miembros, pero no toma en consideración el fuerte incremento del consumo de tiempo de cuidado cuando los miembros del hogar son niños, ancianos o enfermos. La de la OCDE es una escala orientada al consumo monetario, pero no tanto al bienestar real de los hogares.

Las escalas construidas desde el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de España han evolucionado desde el modelo inicial de 1998 (Escala de Madrid-I), que era alternativo a la escala OCDE y ajustado en los grupos de edad a las estadísticas de la Labor Force Survey (LFS, en

años) que estén en malas condiciones físicas y mentales. Gerdt Sundström. "Tradiciones, experiencias y desafíos del cuidado a mayores en Suecia". Ponencia presentada en el Seminario Internacional *Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas mayores*, San José, Costa Rica, 22-23 de noviembre de 2010.

español Encuesta de Población Activa o EPA), hacia otro modelo ajustado a los grupos de población tal como se presentan en las estadísticas demográficas del *World Population Prospects*. Las escalas del CSIC son escalas de tiempo, no de dinero, aunque tiempo y dinero son relativamente intercambiables. Su versión más simple, referente al cuidado en general (hay otras escalas más específicas referidas solamente al cuidado por enfermedad, etc.) se denomina escala de Madrid-2, y se ha utilizado extensamente para todas las grandes regiones del mundo para el período 2010-2050, así como para una selección de países.

Como continuación de la escala de Madrid-2 se han creado numerosas escalas, entre otras la llamada escala de Santiago de Chile, generada en un seminario de la CEPAL en el que colaboraron 21 expertos latinoamericanos participantes en un curso sobre “*La redistribución del tiempo. Un indicador de igualdad*” (Santiago de Chile, 2008)³. A los participantes se les solicitó que estimasen, para su propio país, la proporción entre el tiempo de cuidado requerido por la población 15-65 años y el requerido por los restantes grupos de edad. La escala de Santiago es la media de todas las estimaciones obtenidas, y resulta notablemente más alta que la escala de Madrid, como puede verse en la tabla adjunta. En todas las ocasiones en que se han llevado a cabo seminarios similares, la desviación máxima se produce en las edades extremas, los niños muy pequeños y los mayores de edad muy avanzada. En cualquier caso, la desviación es alta en todos los niveles (vid. ratios de los puntos extremos en la escala de Granada) lo que evidencia que la demanda de cuidado es un tema poco conocido, incluso por expertos en planificación y ciencias sociales, por lo que son necesarios tanto estudios empíricos como teóricos y formación de consensos. La importancia de las escalas no necesita ser resaltada: si la predicción presupuestaria se hace con una escala de bajo perfil, el presupuesto será insuficiente para cubrir la demanda real. Y si los tomadores de decisiones y los usuarios perciben de modo muy diferente las necesidades de cada grupo de edad, la planificación resultará difícil e ineficiente.

Tabla 1
Proporcionalidad entre Escala de Madrid-I y Escala de Santiago

Grupos de edad	Escala de Madrid - 1	Escala de Santiago	Ratio B / A	Escala de Madrid - 2
0-4 años	2,00	5,57	2,79	3,00
5-14 años	1,50	3,48	2,32	2,00
15-17 años	1,20	2,13	1,77	1,00
18-64 (grupo de referencia) 1 und	1,00	1,00	1,00	1,00
65-74 años	1,20	2,29	1,90	2,00
75-84 años	1,70	3,98	2,34	2,00
85 y más años	2,00	5,10	2,55	3,00

Fuente: Elaboración de M.A. Durán.

³ El curso fue dirigido por María-Angeles Durán.

Tabla 2
Variaciones en la percepción de la demanda de cuidados.

	A	B	C	D
	Mínima puntuación	Máxima puntuación	Ratio B / A	Diferencia B - A
De 0 a 4 años	2,0	20,0	10,0	18,0
De 5 a 14 años	0,5	10,0	20,0	9,5
De 15 a 64 años	1,0	5,0	5,0	4,0
De 65 a 74 años	2,0	10,0	5,0	8,0
De 75 a 84 años	2,5	13,0	5,2	10,5
De 85 y más años	3,0	20,0	6,7	17,0
Rango de variación en ratio	3,0	4,0		
Rango de variación en diferencia	2,0	15,0		

Fuente: Participantes en el Curso de Doctorado dirigido por M.A. Durán "La situación de la mujer en los problemas socio-sanitarios". Departamento de Sociología. Universidad de Granada.

3.- La perspectiva de la oferta de cuidados: escenarios de distribución.

Los escenarios óptimos de distribución deberían tener en cuenta información tan relevante como el nivel de salud de la población, disponibilidad de servicios públicos de guardería, escuelas, transportes, centros de día para mayores dependientes, residencias geriátricas, proporción de población que puede adquirir servicios de cuidado, etc. Sin embargo, en muchos casos esta información es incompleta o inaccesible, y la toma de decisiones a nivel político ha de realizarse con un soporte de información insuficiente. Como los datos demográficos son los mejor conocidos, el indicador más frecuentemente utilizado para prever la oferta de cuidados es el de la "*población potencialmente activa*", identificando también a la población de 15 a 64 años con la población potencialmente prestadora de cuidados. No obstante, esta población no está disponible para ofrecer cuidados extensivos ni intensivos cuando se halla dedicada a tiempo completo al mercado laboral o al estudio, y tampoco cuando se encuentra enferma. Asimismo, pueden no coincidir los cuidadores potenciales con aquellos sobre quienes recae la demanda familiar de cuidados (por ejemplo, padres sin hijos o hijos sin padres). Con el aumento de la longevidad, el límite de los 65 años como umbral del retiro y/o deterioro físico se está retrasando en muchos países y grupos sociales.

Tradicionalmente, el cuidado de los dependientes ha sido una tarea asumida principalmente por las mujeres de la familia de los dependientes, y asimismo han sido tradicionalmente mujeres las cuidadoras de los exentos o liberados del cuidado ajeno e incluso del propio. La incorporación de las mujeres a la educación y al empleo como hecho, como derecho, como expectativa y como aspiración, ha cambiado el escenario de cuidadores potencialmente disponibles, reduciéndolo considerablemente. A continuación se expresan algunos escenarios de distribución en los que se mantiene fijo el dividendo y se varía el divisor. El cociente es la "*carga de cuidado*" que recae sobre la población cuidadora. El término "*carga*" de ningún modo implica que en el cuidado no se produzcan, simultáneamente, relaciones humanas enriquecedoras y gratas. La "*carga global de trabajo*" es la suma del trabajo remunerado y no remunerado (diario, semanal, anual, del ciclo vital) asumido

por una persona o grupo social. La *sobrecarga de trabajo* se aplica tanto al *remunerado* como al *no remunerado* y a la suma de ambos; la sobrecarga deviene cuando la acumulación de trabajo es excesiva, pero no sólo por la cantidad de tiempo sino también por la intensidad de la dedicación o por las malas condiciones en que se realiza. En general, los trabajadores remunerados, especialmente los asalariados, disponen de marcos legales que fijan los límites tolerables de carga de trabajo, pero esto no sucede con los trabajadores por cuenta propia e informales ni con los cuidadores no remunerados o los que asumen ambos tipos de trabajo.

A continuación se presentan algunos posibles escenarios de distribución del cuidado; no implican carácter normativo, son simples escenarios de posibilidad sobre los que cada sociedad aplica normas sociales y/o legales según su capacidad y modelos de distribución de obligaciones y derechos.

Tabla 3
Escenarios de distribución de la carga del cuidado

ESCENARIO I (tradicional)	
Escenario I-A	demanda total de cuidado (horas anuales)
	mujeres 15-64 años
Escenario I-B	demanda total de cuidado (horas anuales)
	mujeres 18-64 años
Escenario I-C	demanda total de cuidado (horas anuales)
	mujeres 18-70 años
ESCENARIO II (democrático)	
Escenario II-A	demanda total de cuidado (horas anuales)
	población 15-64 años
Escenario II-B	demanda total de cuidado (horas anuales)
	población 18-64 años
Escenario II-C	demanda total de cuidado (horas anuales)
	población 18-70 años
ESCENARIO III (pragmático)	
Escenario III-A	demanda total de cuidado (horas anuales)
	población sin empleo 15-64 años
Escenario III-B	demanda total de cuidado (horas anuales)
	Población sin empleo 18-64 años
Escenario III-C	demanda total de cuidado (horas anuales)
	Población sin empleo 18-70 años

Tradicionalmente, el escenario más común ha sido el de oferta de cuidado por las mujeres de todas las edades, excepto las niñas pequeñas y las enfermas, pero en la actualidad es cada vez más frecuente el traslado del cuidado al

exterior del hogar. También se ha convertido en una exigencia social la redistribución del cuidado entre hombres y mujeres.

El escenario I responde grosso modo al que ha sido tradicional y todavía en buena parte sigue siéndolo en la mayoría de los países. El escenario II responde a una pretensión igualitaria que se expresa como ideal, pero todavía no se ha producido en ninguna parte, aunque esa es la tendencia general. En cuanto al escenario III, describe una realidad con fuerte implantación en gran número de países, en los que debido a la incorporación de mujeres y hombres a actividades extradomésticas se ha reducido el tiempo disponible para el cuidado.

Otra forma de expresar escenarios más complejos es introducir diversos agentes en el divisor como participantes en el reparto del cuidado, tales como el Estado (servicios públicos), el mercado (servicios privados nacionales y contratación internacional) y el voluntariado (comunitario o local, nacional e internacional, así como ayudas oficiales de otros países). Por ejemplo, así sería el escenario siguiente, en el que los familiares se hacen cargo sin remuneración de la mitad de la demanda, en tanto que los servicios privados (mercado) se hacen cargo de una cuarta parte y el Estado y el voluntariado nacional e internacional (entidades filantrópicas nacionales, ayuda de otros gobiernos, ONG's internacionales) se hacen cargo del resto. Desde una perspectiva política puede resultar más conveniente que el diseño de los escenarios se haga de otro modo, comenzado por fijar los límites tolerables de carga. Por ejemplo, (vid tabla 3, escenario I-C) si se prevén sobrecargas a plazo medio por el cambio de las condiciones actuales, pueden establecerse nuevos escenarios de redistribución para la sobrecarga añadida.

Tabla 4

ESCENARIO IV (complejo)	
IV =	$\frac{\text{(demanda total de cuidado) : 2}}{\text{Población 18-70 años}} + \frac{\text{(demanda total de cuidado) : 8}}{\text{Estado}} + \frac{\text{(demanda total de cuidado) : 4}}{\text{Mercado nac. e interncio.}}$
+	$\frac{\text{(demanda total de cuidado) : 8}}{\text{Voluntariado nacional e internacional}}$

Para asimilarlo a los tres escenarios previos, el escenario IV también se expresa en unidades de tiempo de dedicación, pero parte del tiempo dedicado está remunerado. Todos los escenarios cambian constantemente, tanto al nivel de aspiraciones y expectativas como al de la práctica. La oferta de cuidados es rígida, cuesta un enorme esfuerzo social y económico modificarla, sobre todo para hacerla crecer. En cambio, la demanda es superelástica, no sólo por los cambios demográficos y del nivel de salud de la población, sino porque el nivel de aspiraciones y expectativas se ajusta rápidamente a cualquier mejora, creciendo de nuevo por encima de ella.

La tabla 5 presenta las previsiones de demanda de cuidado en 2010 y 2050 para América Latina, Europa, Costa Rica y España, así como la composición de la demanda por grupos de edad. Para 2050, Costa Rica tendrá que hacer frente a un aumento de la demanda de cuidados del 14% y a una redistribución

de su composición. La de niños se reducirá ligeramente, pero la de personas de 65 a 80 años se multiplicaría por cuatro y la de mayores de ochenta años se multiplicaría por tres⁴.

Tabla 5
La demanda de cuidados según grupos de edad 2010-2050.

	A		B				C				D			
	América Latina		Costa Rica				Europa				España			
	Ratio de unidades de cuidado / población 15-64 años		%	Ratio de unidades de cuidado / población 15-64 años		%	Ratio de unidades de cuidado / población 15-64 años		%	Ratio de unidades de cuidado / población 15-64 años		%		
	A1	A2		B1	B2		C1	C2		D1	D2			
	2010	2050	2010	2050	2010	2050	2010	2050	2010	2050				
Población total	2,2	2,5	113,6	2,1	2,4	114,3	2,3	2,7	117,4	2,1	3,0	142,9		
Población de 0-4	0,4	0,3	75,0	0,4	0,3	75,0	0,2	0,3	150,0	0,2	0,3	150,0		
Población de 5-14	0,6	0,4	66,7	0,5	0,4	80,0	0,5	0,3	60,0	0,3	0,4	133,3		
Población de 15-64	1,0	1,0	100,0	1,0	1,0	100,0	1,0	1,0	100,0	1,0	1,0	100,0		
Población de 65-80	0,2	0,6	300,0	0,1	0,4	400,0	0,5	0,6	120,0	0,4	0,8	200,0		
Población de 80 y +	0,1	0,3	300,0	0,1	0,3	300,0	0,2	0,5	250,0	0,2	0,6	300,0		

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2008 Revision. Population Database. 2010.

4.- La integración de las políticas del cuidado en las políticas públicas.

Las políticas del cuidado afectan como receptores a amplios sectores de la población, por lo que han de integrarse en primer término con las políticas educativas, las sanitarias y las de pensiones. No obstante, las políticas del cuidado son transversales y es esencial coordinarlas con las políticas de empleo (conciliación), urbanismo y vivienda (accesos, ubicación de servicios, remodelación de viviendas), transporte (escolar, de discapacitados), fiscal (desgravaciones por atención a dependientes, planes de pensiones, seguros de dependencia) y ocio (vacaciones, programaciones especiales).

De cara al futuro la demanda de cuidado va a aumentar en los países desarrollados y en muchos países en desarrollo, por lo que la planificación del cuidado desde diversos ángulos es una necesidad tanto o más importante que el crecimiento y la sostenibilidad tal como actualmente los miden el PIB y otros indicadores económicos convencionales.

⁴ En Uruguay se ha utilizado una escala derivada de la escala de Madrid-I, (0-4=2; 5-14= 1'7; 15-19=1'5; 20-64=1'2; 65-74=1'5; 75-79=1'7; 80 y += 1'90), que permite estimar la carga del cuidado sobre población de 20-64 años en 2'60 para 2010 y 2'48 para 2020. Vid. Aguirre, R. y Batthyány, K. (Coord.) (2001). *Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur*. Montevideo, Cinterfor, pp. 223-242.