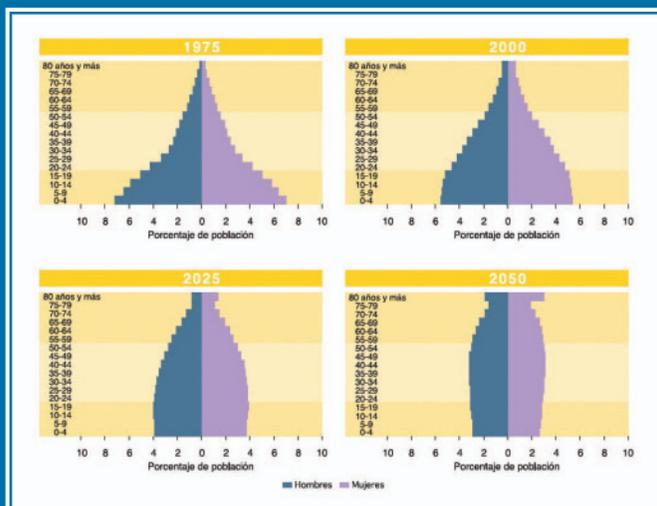


María Ángeles Durán (dir.)



El trabajo del cuidado en América Latina y España

EL TRABAJO DEL CUIDADO EN AMÉRICA LATINA Y ESPAÑA

María Ángeles Durán (dir.)

Estos materiales están pensados para que tengan la mayor difusión posible y que, de esa forma, contribuyan al conocimiento y al intercambio de ideas. Se autoriza, por tanto, su reproducción, siempre que se cite la fuente y se realice sin ánimo de lucro.

Los trabajos son responsabilidad de los autores y su contenido no representa necesariamente la opinión de la Fundación Carolina o de su Consejo Editorial.

Están disponibles en la siguiente dirección:
<http://www.fundacioncarolina.es>

Primera edición, diciembre de 2011
© Fundación Carolina - CeALCI
C/ General Rodrigo, 6 - 1.ª planta
Edificio Germania
28003 Madrid
www.fundacioncarolina.es
informacion@fundacioncarolina.es

Diseño de la cubierta: Alfonso Gamo

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

Impreso y hecho en España

Printed and made in Spain

ISSN: 1885-866-X

Depósito legal: M-28.670-2010

Impreso en papel reciclado

ÍNDICE

PRESENTACIÓN, <i>Maribel Rodríguez</i>	7
1. EL TRABAJO DEL CUIDADO EN EL MARCO MACROECONÓMICO, <i>María Ángeles Durán</i>	11
2. DEMOGRAFÍA Y PREVISIÓN DE DEMANDAS DE CUIDADOS DE LOS ADULTOS MAYORES EN AMÉRICA LATINA, <i>Mercedes Pedrero Nieto</i>	33
3. DIFERENCIAS AUTONÓMICAS EN LOS SISTEMAS DE CUIDADO EN ESPAÑA: EL CASO DE ANDALUCÍA, <i>M. Isabel García Rodríguez y Eduardo Moyano Estrada</i>	47
4. MÁS ALLÁ DE LAS CIFRAS: LA DIMENSIÓN TEÓRICA Y CUALITATIVA DEL CUIDADO, <i>Ramón Ramos Torre</i>	75
5. EL REPARTO DEL CUIDADO EN AMÉRICA LATINA, <i>Rosario Aguirre</i>	89
6. TRABAJO NO REMUNERADO Y DESIGUALDADES DE GÉNERO. LA IMPORTANCIA DE HACER VISIBLE EL CUIDADO Y LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LOS HOGARES, <i>Lilia Jara</i>	105
7. LOS LUGARES DEL CUIDADO: ESPACIOS PRIVADOS Y ESPACIOS PÚBLICOS, <i>Montserrat Díaz Fernández y M^a del Mar Llorente Marrón</i>	115
8. LAS POLÍTICAS DE CUIDADO EN AMÉRICA LATINA, <i>Sonia Montañó Virreira</i> ...	135
NOTAS DE INVESTIGACIÓN	
A. De la “buena vecina” a la cuidadora institucional. Los servicios públicos de cuidado como elemento de cambio en las relaciones vecinales entre mayores, <i>Chiara Cerri</i>	149
B. El cuidado familiar de adultos mayores y discapacitados en Chile, <i>María Inés Araya Pérez</i>	153

C. El trabajo de cuidado en familias tradicionales: un estudio de caso, <i>Mariela Zúñiga Gamboa</i>	161
D. La implicación masculina en los cuidados en las sociedades cambiantes de América Latina: una reflexión sobre el caso mexicano, <i>Marta Seiz</i>	167
E. ¿Un derecho o un deber? los hombres españoles ante los permisos para el cuidado de sus hijos, <i>Pedro Romero Balsas, Dafne Muntanyola Saura</i> y <i>Jesús Rogero García</i>	171
RELACIÓN DE AUTORES/AS	173

PRESENTACIÓN

Maribel Rodríguez*

Desde su creación, el Centro de Estudios para América Latina y la Cooperación Internacional (CeALCI) de la Fundación Carolina ha desarrollado su trabajo de análisis de las políticas públicas desde un enfoque de derechos humanos y de reducción de las desigualdades, es decir, con el claro objetivo de fomentar sociedades más justas y más cohesionadas. Esto ha supuesto prestar una atención específica a la desigualdad de género, que atraviesa de manera transversal a las demás brechas presentes en un contexto social determinado.

A partir de 2006, en el marco de la línea de estudios dedicada a los sistemas de protección social en Europa y en América Latina, se impulsaron varios estudios que abordaron la manera en que estos sistemas trataban de manera diferente los hombres y las mujeres. A su vez, se dedicó un estudio específico a la relación histórica entre los modelos sociales de patriarcado en América Latina y la emergencia de diferentes regímenes de bienestar.

Además, el CeALCI profundizó este enfoque de género en otros sectores como las políticas laborales y más recientemente en la recaudación fiscal entendido como instrumento directo de redistribución de la riqueza. De esta manera, se ha venido situando análisis sensibles a las diferencias de género en los espacios y debates duros de la economía desde los cuales no es habitual asumir perspectivas feministas.

Ahora bien, este análisis de las políticas laborales y de protección social no podía obviar un aspecto que influye fuertemente so-

bre las condiciones de inserción de las mujeres en el trabajo y en la vida social y, por lo tanto, en su nivel de autonomía y de protección ante los riesgos vitales. Este aspecto, que es a menudo ignorado por la política pública, se refiere al trabajo necesario para la reproducción del bienestar cotidiano y al cuidado de los dependientes y de los propios trabajadores.

La mayor incorporación de las mujeres a la actividad económica ha supuesto la extensión de la “doble jornada” para las trabajadoras. Las mujeres han seguido siendo las principales responsables del trabajo de los cuidados y únicamente cuando sus ingresos lo han permitido, éste se ha externalizado en el mercado de provisión de servicios de cuidados, ampliamente feminizado, reduciendo así su carga total de trabajo.

Por su parte, el Estado, a través de sus políticas públicas, ha tenido escasa participación real en la provisión de servicios de cuidados.

Por lo tanto, hoy en día, ofrecer condiciones apropiadas para la conciliación, la corresponsabilidad y el acceso a servicios de cuidados al conjunto de la población es esencial para seguir avanzando en ámbitos estratégicos del empoderamiento de las mujeres. Si se abordan estos tres retos de manera adecuada, la igualdad de género se puede convertir en un negocio social y económicamente sumamente rentable.

Es urgente dejar de considerar la provisión de cuidados como un problema de muje-

* Responsable del Programa de Cohesión Social, CeALCI-Fundación Carolina.

res para verlo como un asunto de sostenibilidad de la vida humana. Dado que nuestras sociedades se caracterizan por una tendencia a tener más población mayor y menos nacimientos, considerar la tarea de los cuidados como un problema social permitirá hacer frente al envejecimiento de la población, potenciar la natalidad, armonizar los tiempos laborales con los tiempos sociales, elevando así la productividad y, ante todo, crear nuevos yacimientos de empleos en un contexto de contracción de los mercados laborales.

Para llevar a cabo esta reflexión, se organizó un encuentro bajo la dirección de María Angeles Durán, profesora e investigadora del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), quien ha sido pionera en la conceptualización y el estudio del trabajo de los cuidados y que es hoy en día una experta de reconocido prestigio internacional en la materia.

Para contribuir a la difusión de los asuntos debatidos, las ponencias centrales de este seminario están recogidas en este libro, así como algunas de las comunicaciones que se presentaron allí.

En el primer artículo, María Angeles Durán ofrece una aproximación y un panorama de la importancia que reviste social y económicamente el trabajo del cuidado, recalcando el interés de asumirlo desde las cuentas nacionales, para hacerlo visible y posteriormente incluirlo en la agenda de acción de las políticas públicas.

El segundo trabajo, de Mercedes Pedrero de la Universidad Nacional Autónoma de

México, presenta una proyección de la demanda de cuidados en América Latina, que reafirma la importancia de potenciar políticas de cuidados, y eso a pesar del bono demográfico del cual se benefician actualmente los países de la región.

A continuación, María Isabel García y Eduardo Moyano del Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC), exponen el modelo andaluz y sus propuestas para desfamiliarizar la provisión de servicios de cuidados y por lo tanto potenciar la autonomía de las mujeres.

Por su parte, Ramón Ramos, presidente del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), plantea una reflexión sobre la relevancia de los cuidados y de la dimensión temporal para la viabilidad de la existencia individual y social, así como sobre el valor social que se les ha asignado históricamente. Esta reflexión permite al lector comprender mejor la importancia que reviste para nuestras sociedades el tema de los cuidados y del tiempo necesario para su realización.

En su artículo, Rosario Aguirre, de la Universidad de la República de Uruguay, nos guía a través de la diversidad de la realidad de América Latina, tanto en materia de conceptualización de la noción del cuidado, su incorporación en las políticas públicas y en los sistemas nacionales de estadística, como en su traducción a cambios reales. En su análisis, Aguirre pone en relación los avances en la voluntad de organización social del cuidado e importantes cambios en los modelos de familias y de protección social que se están produciendo en las diferentes realidades nacionales. Cambios

que, no obstante, no han conseguido modificar la desigual carga de los cuidados que siguen soportando las mujeres.

Desde el sector de la salud, Lilia Jara, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala el importante, aunque escasamente reconocido, trabajo de cuidados de salud que realizan las mujeres en las familias, en complemento a la provisión de cuidados por parte de los sistemas sanitarios. Además, Jara alerta respecto de los cambios a futuro en la región latinoamericana en términos demográficos y epidemiológicos. La autora afirma que éstos incrementarán la demanda total de cuidados sanitarios y que, sin una adecuada planificación, podrían recaer en las mujeres.

Montserrat Díaz, de la Universidad de Oviedo, presenta en su artículo el interés de utilizar el hogar como unidad de análisis de la demanda y de parte de la oferta de cuidados. La autora propone realizar proyecciones a futuro de esta demanda y oferta para planificar las respuestas necesarias desde las instituciones públicas de

manera a sostener la calidad del cuidado a nivel nacional.

Por su parte, Sonia Montaña, de la División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), ofrece un balance de los principales avances políticos en materia de derechos humanos de las mujeres, incluyendo el esfuerzo de varios países por asignar un valor al tiempo en las estadísticas y en las cuentas nacionales. No obstante, también lamenta que estos progresos en el ámbito de la política pública todavía no han permitido suprimir los numerosos obstáculos a los cuales las mujeres deben enfrentarse para conseguir mayores cuotas de poder y de autonomía personal.

Finalmente, se optó por abrir un espacio a jóvenes investigadores en diferentes temáticas relacionadas con el trabajo del cuidado. En este último apartado dedicado a notas de investigación se exponen de manera resumida algunos hallazgos de interés de estudios en proceso, con el fin de estimular la reflexión y apuntar ejes novedosos para este campo.

1. EL TRABAJO DEL CUIDADO EN EL MARCO MACROECONÓMICO

María Ángeles Durán*

1.1. EL DESINTERÉS TRADICIONAL DE LA MACROECONOMÍA POR EL CUIDADO NO REMUNERADO

La elección del marco macroeconómico para el análisis del cuidado es una opción no exenta de riesgos, ya que en todo el mundo los principales impulsores, financiadores, usuarios y creadores de opinión en torno a la macroeconomía son los Bancos Centrales y los Ministerios de Finanzas; precisamente, las instituciones económicas más ajenas a la cotidianeidad del cuidado. El desapego y desinterés de la macroeconomía hacia el tema del cuidado guarda paralelismo con el proceso seguido por la medicina moderna en relación con los sujetos que padecen las enfermedades. Hasta el siglo XVIII, el desconocimiento de las enfermedades producía la indiferenciación de los enfermos; a quien se hacía objeto de cuidado era al pobre y no al enfermo, y lo que justificaba su atención era el deber de caridad. Cuando la medicina anatómico-clínica y experimental logró objetivar las causas de la enfermedad, también objetivó el cuerpo de los enfermos. La compasión no era una virtud asociada a la calidad científica, que buscaba su propia excelencia a través del distanciamiento y relegaba esta y otras virtudes de menor rango hacia personal subalternizado, como las enfermeras. A partir de la segunda mitad del siglo XX se inició un cambio que, lentamente y todavía en la actualidad minoritario, pretende devolver la centralidad al enfermo,

frente a la enfermedad¹. Un proceso similar es el que está siguiendo la economía, que ha intentado objetivar las mercancías y los mercados a costa de olvidar que quienes producen y consumen o no llegan a acceder a los bienes y servicios son seres humanos.

Las tradiciones culturales respecto al cuidado son diversas. En lenguajes tan aparentemente próximas en el contexto mundial como el español, inglés o francés, los términos “*cuidado*”, “*care*” o “*soin*” no son directamente traducibles, lo que provoca problemas conceptuales y metodológicos en la investigación internacional. Antes de operativizar y llevar un concepto a la investigación empírica, es imprescindible aclarar su contenido, el sentido en que se usa por los políticos, los investigadores, los profesionales de diversas disciplinas, y la gente común en su habla cotidiana. El “*care*” inglés se orienta al pensamiento, a la atención. El francés “*soin*” se utiliza frecuentemente en plural, “*les soins*”, señalando su fragmentación en diversas tareas; es un concepto más apegado a la intervención física o instrumental, que en sanidad se asocia fuertemente a la idea de “*soins infirmières*”. El español “*cuidado*” deriva de la voz latina *cogitare*, pensar. El Diccionario de la Lengua Española lo define en primera acepción como “*poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de una cosa*”; en la segunda, como “*asistir, guardar, conservar*”, y cita como ejemplos “*cuidar a un enfermo, la casa, la ropa*”.

* Profesora de Investigación. Departamento de Economía – CCHS. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

¹ Lefève, C. (2006), “La philosophie du soin”. *La Matière et l'esprit*, n° 4, Médecine et philosophie, Université de Mons-Hainaut, abril 2006, pp. 25-34.

La acción de cuidar no genera un sujeto, el "cuidador", de tan amplia utilización. Es una voz poco usada, que se utiliza sobre todo en el contexto deportivo para designar a los preparadores físicos, o se asimila a celador o vigilante. El Diccionario de Uso del Español, de María Moliner, recoge los mismos matices del cuidado que el DRAE, pero en la quinta acepción lo define como "atender a que ocurra o se haga una cosa, o, por el contrario, a que no ocurra o no se haga". Cita como ilustraciones, entre otras, "la mujer que cuida a los niños", "ha venido para cuidar a su hija" o "cuidaré de que todo esté a punto".

Dentro del hogar se sintetizan todos estos matices del cuidado como pensamientos y acciones encaminadas a procurar que algo ocurra o deje de ocurrir, como vigilancia y prestación directa de servicios. Incluso se produce también otra faceta del cuidado que los diccionarios identifican como "cuidarse" y asimilan, en algunos casos, a "darse vida regalada".

En sus aspectos más físicos, el cuidado se aproxima a las funciones de cura y limpieza, o a las de vigilancia (evitar percances o enfermedades); sin embargo, el cuidado tiene también componentes próximos a la gestión, a la representación familiar y a la comunicación, que son difíciles de deslindar conceptualmente y, más aún, de cuantificar en tiempos o asignaciones de valor.

Las diferencias conceptuales se trasladan inevitablemente a la investigación

empírica. En las encuestas, la estimación del tiempo dedicado al cuidado resulta muy afectada por el modo en el que el entrevistado interpreta lo que se le pregunta, así como su propia perspectiva e interés sobre las respuestas ofrecidas a los observadores. No se trata de *errores*, ni de *mentiras*, y los resultados son tan rigurosos como los que se obtienen preguntando con otra finalidad, desde otras perspectivas o de otros modos. Lo que sucede es que la realidad social es mucho más compleja que la simplificada escisión a la que obligan las tomas de datos (sí/no), y a instancias del observador externo los criterios de percepción y clasificación varían considerablemente. En cualquier cuestionario subyace un acuerdo semántico implícito, y un imperativo de ajuste al mismo. Afortunadamente, los cuestionarios que introducen temas o perspectivas poco usuales recrean la realidad al mismo tiempo que extraen información sobre ella, equilibrando o complementando otras visiones antiguas que sólo por ser dominantes (y, a veces, exclusivas) se habían aceptado como las únicas verdaderas².

La medición del tiempo de cuidado no físico es compleja, pero no puede pedirse a los entrevistadores ni a los entrevistados que en el curso del fugaz intervalo de una entrevista modifiquen, creen o expliciten todos los matices de una realidad que, como hemos visto, cubre un arco muy amplio de significados.

² Durán, M.A. (1994). "Viejas y nuevas desigualdades. La dialéctica entre observadores y observados". *Revista Internacional de Sociología*, nº 8-9, pp. 61-89.

1.2. LAS FORMAS DEL CUIDADO: TRASLACIÓN ESPACIAL Y YUXTAPOSICIÓN TEMPORAL CON OTRAS ACTIVIDADES

Por tratarse de una actividad mental, un pensamiento o preocupación, la actividad de cuidado es fácilmente compatible con otras actividades que no requieren concentración mental, por ello resulta trasladable a espacios aparentemente ajenos a los sujetos cuidados. El lenguaje recoge bajo la forma de "*dolores y quebraderos de cabeza*" algunas preocupaciones que bien pueden ser originadas por los elementos más conflictivos o difíciles de resolver del cuidado, y que se producen antes, en medio y después de las intervenciones físicas.

La experiencia del trabajo extradoméstico o del tiempo de ocio está vetada de yuxtaposiciones con otros tiempos de actividad mental ajenos al motivo concreto del ocio o del empleo. A menudo, el "cuidado" se ejerce a distancia, por medio de la reflexión, el contacto telefónico o la gestión desde el propio centro de trabajo remunerado. Esta trasladabilidad de la preocupación tiene importantes consecuencias metodológicas: si el tiempo de cuidado se hace equivaler al de la prestación de servicios con un claro componente físico (bañar, servir comidas, etc.) el tiempo dedicado resulta fácilmente perceptible, pero mucho más reducido que si se tiene también en cuenta el cuidado de proximidad e interacción, o, más todavía, el cuidado de planificación y previsión.

El tiempo real de cuidado se yuxtapone frecuentemente al tiempo "vendido" y no

puede, por tanto, ser reconocido como tal, porque supondría una merma en el tiempo de intercambio estipulado. Muy pocos trabajadores asalariados reconocerán que, en horas de trabajo remunerado, su preocupación se concentra en temas tan comunes como la reparación del automóvil o el pago de la próxima liquidación de impuestos: o, en ilustraciones que corresponderían al ámbito de cuidados, en la preparación mental del menú de la cena, la lista de la compra del sábado o la cita con el tutor de los hijos. Sin embargo, todos estos son temas o actividades de frecuente realización en los centros de trabajo dentro de los horarios correspondientes al trabajo remunerado, tanto por parte de varones como de mujeres.

1.3. AUTOCUIDADO Y CUIDADO DE OTROS

La distinción entre autocuidado y cuidado para otros es importante tanto conceptual como metodológicamente. Algunos investigadores sólo aceptan en su definición de cuidado el aplicado a otros, lo que reduce considerablemente su campo de observación y sus estimaciones de la cantidad de cuidado que una sociedad necesita o produce. De modo similar a lo que sucede en la definición del "trabajo doméstico", si el criterio de alteridad se aplicase de modo riguroso, el cuidado y el trabajo no pagado realizado de los hogares unipersonales no podría considerarse trabajo doméstico ni cuidado. Generalmente, el autocuidado no alcanza ese nivel de calidad excesiva que los Diccionarios asimilan a darse vida

regalada, o “cuidarse”, y que consiste en anteponer las inversiones de tiempo, dinero y capital simbólico en uno mismo, muy por encima de los “otros”. Al contrario, el nivel medio de calidad del autocuidado tiene poco de excelencia, porque es característico de los sujetos que “no tienen quien les cuide” ni “que se ocupe de ellos”, y abundan especialmente entre las mujeres con responsabilidades familiares y entre quienes viven en hogares unipersonales: entre estos últimos también son mayoría las mujeres, y a la falta de cuidados prestados por otros se añaden en elevada proporción los problemas derivados de la edad avanzada, la salud precaria y la penuria económica.

Habitualmente, el cuidado se dirige a familiares convivientes en el mismo hogar, pero en sociedades familistas el cuidado se extiende a familiares, amigos y vecinos residentes en otros hogares.

1.4. DEMANDANTES Y PRESTADORES DE CUIDADO: DIFERENCIAS INTERNACIONALES

El cuidado es un servicio, un flujo que raramente puede acumularse como un stock. En cambio, los bienes previstos para atender al cuidado frecuentemente son stocks o patrimonios (por ejemplo, una vivienda), lo que plantea dificultades para ajustar los unos y los otros.

La capacidad económica de los receptores del cuidado suele ser inversamente proporcional a la necesidad de recibirlo. Hay cuatro grandes grupos de receptores de cuidado:

- a) los niños
- b) los mayores de edad avanzada
- c) los enfermos dependientes
- d) los adultos que podrían cuidarse por sí mismos pero por diversas razones no lo hacen.

La demanda de cuidado de los niños es intensa, y en la mayor parte de los casos sólo pueden recibirla en calidad de donación, aunque la legislación establezca que tienen derecho a ella y sean sus padres u otros familiares los obligados a proporcionarla. Se trata de un contrato social intergeneracional implícito, un intercambio diferido en el tiempo en el que los dones recibidos se devuelven a medio y largo plazo o se trasladan a la generación siguiente.

Las personas de edad avanzada que requieren cuidados los reciben como reciprocidad en el ya señalado contrato social intergeneracional, pero también disponen de otros recursos económicos más convencionales para atender a su cuidado, tales como patrimonio acumulado, rentas y distintos tipos de seguros, subvenciones y ayudas.

Los enfermos y dependientes reciben el cuidado principalmente de sus familiares, aunque también disponen de recursos económicos para adquirir servicios en el mercado, directamente o a través de seguros públicos y privados, y en ocasiones, de entidades sin ánimo de lucro.

En cuanto a los adultos de edades intermedias, la forma más común de recibir cuidados se basa en el contrato matrimonial, en la división de papeles econó-

micos entre cónyuges. En las sociedades modernas, este tipo de división del trabajo genera fragilidad para los cónyuges que asumen simultáneamente absorbentes obligaciones laborales y familiares, lo que afecta especialmente a las mujeres.

A medida que la globalización avanza, los sistemas de prestación de cuidados se hacen más similares, y a ello contribuye la reducción global de las tasas de natalidad (se reduce la proporción de demandantes de cuidados de corta edad) y el aumento global de la esperanza de vida (aumenta la proporción de demandantes de edad elevada). A pesar de esta tendencia general a la homogeneización, las diferencias internacionales siguen siendo enormes, tanto por lo que se refiere a la demanda de cuidados (cantidad, distribución por edades, zonas geográficas, sexo, área rural y urbana, clases sociales, etc.) como a los sistemas previstos para atenderla. En Latinoamérica predomina la demanda de cuidados para la población infantil, pero el rápido envejecimiento de la población en varios países latinoamericanos muestra la necesidad de anticiparse a las próximas demandas sociales para poner los medios imprescindibles para su solución. En Europa y Japón, en cambio, ya predomina la demanda de cuidados para la población de edad avanzada. Algunos países de colosales dimensiones demográficas, como China, han iniciado una transición que en su primera etapa viene acompañada por un fuerte bono demográfico, pero aboca inevitablemente al envejecimiento y al cambio en la estructura de la demanda y oferta de cuidados. Este tema es objeto de estudio de-

tallado en la reciente investigación "*El trabajo no remunerado en la economía global*" (Durán, 2011).

La prestación de cuidados es la cara complementaria de su demanda. No siempre se ajustan perfectamente, y existen demandas no satisfechas (incluso, ni siquiera expresadas), igual que prestaciones excesivas o rechazadas por aquellos a quienes van dirigidas (especialmente cuando conllevan internamiento o distintos grados de pérdida de libertad, o cuando la oferta de cuidado es ineficiente).

Los principales prestadores de cuidados son los ciudadanos no especialistas, en su múltiple condición de familiares, amigos o vecinos; son los ejecutores del cuidado no formalizado que se presta en los hogares. El segundo gran prestador de cuidados es la Administración Pública, aunque no tanto por la prestación directa de los servicios como por la financiación de los mismos o las facilidades otorgadas a los familiares para que los realicen. Las administraciones públicas prestan cuidados directamente a través de sus servicios públicos, pero contribuyen a garantizar el cuidado mediante los sistemas de pensiones de jubilación, orfandad, enfermedad, desempleo, permisos de maternidad/paternidad y atención a familiares dependientes, etc. También ejecutan políticas públicas de ayudas, subsidios y transferencias directas en diversas circunstancias.

En cuanto al mercado de servicios, es un mercado de creciente importancia, cada vez más internacionalizado. Por una par-

te, existe un gran mercado internacional de cuidadores individuales y empleados de hogar que prestan cuidado a personas dependientes. Por otro lado, existe otro gran mercado en creciente internacionalización de entidades aseguradoras privadas y de empresas que prestan servicios de cuidado directamente, tanto en los hogares como en instituciones (residencias, asilos, colegios, centros de día, etc.). También contribuyen a la prestación de cuidados las empresas y entidades productivas que, por obligación legal o iniciativa propia, proveen de días libres o ventajas laborales a sus trabajadores para que puedan atender a la conciliación entre vida laboral y familiar, así como a su propio cuidado.

1.5. EL SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES Y EL IMPACTO DE LA VISIBILIZACIÓN DEL CUIDADO NO REMUNERADO.

Los recursos invisibles destinados al cuidado

Según la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003 del INE, el porcentaje de mayores de dieciocho años que diariamente prestan ayuda (cuidados) a adultos es 4'67%. Para la misma fecha, la Encuesta de Uso del Tiempo realizada por el Grupo de Investigación *Tiempo y Sociedad*, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, dedicada específicamente a medir el trabajo no remunerado, ofrecía cifras sensiblemente más altas; un 9'45% de los mayores de dieciocho años declaraban ayudar (cuidar) a adultos mayores los días laborables. Se-

gún la primera encuesta el tiempo medio dedicado por los que ejercían la actividad de cuidado a adultos mayores era 1 hora y 57 centésimas, en tanto que la segunda encuesta ofrecía un resultado de 3 horas y 94 centésimas. Debido a que el objetivo de la primera encuesta no era medir el trabajo no remunerado y la segunda sí, es probable que para este punto de la encuesta sean más acertados los resultados de la segunda y que haya habido infraestimación en la primera. Pero incluso si se tomase solamente en consideración la encuesta del INE, el volumen de horas dedicadas al trabajo del cuidado a lo largo del año es tan elevado y de tan importantes consecuencias sociales y políticas que bien merece un serio análisis desde la perspectiva macroeconómica.

En la tabla adjunta pueden verse diferentes escenarios de adscripción de valor al tiempo de cuidado: desde un valor inferior a la media del mercado informal de empleados de hogar por horas (generalistas), fijado en seis euros/hora, hasta el valor medio de la hora trabajada por los no asalariados en el sector de sanidad y servicios sociales (que es el más próximo funcionalmente al *cuidado*). El rango de variación es 8'6, y el gradiente va de 6 euros por hora a 51'9 euros por hora.

Cambio de perspectivas: ¿qué cambiará en las Cuentas Nacionales?

Si, como es previsible tras las recomendaciones de Naciones Unidas y los cambios legislativos en muchos países, el trabajo no remunerado comienza a ha-

TABLA 1. Opciones de valoración de la hora media de cuidado

Categoría laboral equivalente	Remuneración
1. Categoría laboral más baja del mercado	6 €/hora
2. Media de los asalariados de toda la economía*	17'4 €/hora
3. Media de los asalariados a tiempo completo del sector sanidad y servicios sociales para el mercado**	16'3 €/hora
4. Idem, para el sector de no mercado	22'8 €/hora
5. Idem, para los no asalariados, del sector de no mercado	51'9 €/hora

Fuente: Durán, M.A. (2008a): "Integración del trabajo no remunerado en el análisis de los sectores de salud y bienestar social" en *La economía invisible y las desigualdades de género*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, (pp. 99-150).

* Estimando en 1.500 el número promedio de horas anuales trabajadas a tiempo completo y tomando la remuneración total a asalariados y el número de empleos a tiempo completo registrados por la Contabilidad Nacional

** Estimando en 1.500 las horas anuales trabajadas

cerse visible en el marco de análisis macroeconómico, el sistema de Cuentas Nacionales tendrá que afrontar muchos cambios, no bastará con medir el tiempo dedicado al cuidado y multiplicarlo por el valor/hora que se le adscriba. La tabla nº 2 corresponde a la Contabilidad Nacional de España, publicada en 2010, y a continuación se explorarán todos los conceptos –y por ende, las magnitudes – que tienen conexión con el cuidado no remunerado y actualmente no lo reflejan. El avance en la preparación de las cuentas satélites del trabajo no remunerado, así como su integración en un sistema de cuentas nacionales ampliado no es tarea sencilla sino compleja, en el que el avance se irá produciendo por etapas, del mismo modo que ha ido avanzando la formulación y ejecución de los sistemas contables que actualmente conocemos. En este proceso serán necesarios muchos debates, propuestas conceptuales y metodológicas, así como toma de decisiones y acuerdos que, sin olvidar el realismo, faciliten la ho-

mologación y comparabilidad temporal y territorial. Las páginas siguientes se centran en el sector institucional de hogares, porque es el sector que concentra la mayor parte del cuidado. Para cada concepto se establece la proporcionalidad entre su magnitud en el sector de hogares y en el conjunto de la economía, tal como ahora se conceptualiza. Esta proporcionalidad variará sensiblemente cuando se innove en la definición, medición e integración del trabajo no remunerado del cuidado.

En la Contabilidad Nacional de España, las cuentas integradas se dividen entre: a) corrientes; b) de acumulación. La opacidad del cuidado se puede constatar en todas las cuentas corrientes: producción, explotación, asignación de la renta primaria, distribución secundaria de la renta, redistribución de la renta en especie, utilización de la renta. Todas ellas serían muy distintas si se tomara en consideración el cuidado no remunerado.

43.396			Impuestos del tipo valor añadido (IVA)
1.451			Impuestos y derechos sobre las importaciones, excluido el IVA
36.618			Impuestos sobre los productos, excluidos el IVA y los impuestos sobre las importaciones
13.023	4.943	38,0	Otros impuestos sobre la producción
-18.084	-5.554	30,7	Subvenciones
-7.250			Subvenciones a los productos
0			Subvenciones a las importaciones
-7.250			Otras subvenciones a los productos
-10.834	-5.554	51,3	Otras subvenciones a la producción
284.991	42.781	15,0	Excedente de explotación bruto
175.720	175.720	100,0	Renta mixta bruta
127.061	12.391	9,8	Excedente de explotación neto
155.624	155.624	100,0	Renta mixta neta

II. 1.2 Cuenta de asignación de la renta primaria

Empleos		Operaciones y otros flujos y saldos contables			
A	B	% B/A	A	B	A
Total de la economía	Hogares		Total de la economía	Hogares	
			Excedente de explotación bruto	42.871	284.991
		15,0	Renta mixta ruta	175.720	175.720
		100,0	Excedente de explotación neto	12.391	127.061
		9,8	Renta mixta neta	155.624	155.624
		100,0	Remuneración de los asalariados	516.673	516.673
		100,0	Sueldos y salarios	403.197	403.197
			Cotizaciones sociales a cargo de los empleadores		
		100,0	Cotizaciones sociales efectivas	93.316	93.316
		100,0	Cotizaciones sociales imputadas	20.160	20.160
		0,0	Impuestos sobre la producción y las importaciones	0	91.545
		0,0	Impuestos sobre los productos	0	78.522
		0,0	Otros impuestos sobre la producción	0	13.023
		0,0	Subvenciones	0	-11.937

117.735	0	0,0	Transferencias corrientes entre administraciones públicas	0,0	0	117.735
2.892	0	0,0	Cooperación internacional corriente	0,0	0	1.618
62.397	34.058	54,6	Transferencias corrientes diversas	68,3	33.575	51.572
1.018.569	716.179	70,3	Renta disponible bruta			
840.543	665.603	79,2	Renta disponible neta			

II. 3 Cuenta de redistribución de la renta en especie

Empleos		Operaciones y otros flujos y saldos contables		% B/A		Total de la economía	
A	B	% B/A		B	A	B	A
Operaciones y otros flujos y saldos contables							
Renta disponible bruta							
142.070	0	0,0	Renta disponible neta	716.179	1.018.569	70,3	1.018.569
93.125	0	0,0	Transferencias sociales en especie	665.603	840.543	79,2	840.543
82	0	0,0	Prestaciones sociales en especie	142.070	142.070	100,0	142.070
1.603	0	0,0	Reembolsos de prestaciones de seguridad social	93.215	93.125	100,0	93.125
91.440	0	0,0	Otras prestaciones de seguridad social en especie	1.603	1.603	100,0	1.603
48.945	0	0,0	Prestaciones de asistencia social en especie	91.440	91.440	100,0	91.440
			Transferencias de bienes y servicios no de mercado individuales	48.945	48.945	100,0	48.945
1.018.569	858.249	84,3	Renta disponible ajustada bruta				
840.543	807.673	96,1	Renta disponible ajustada neta				

II. 4.1 Cuenta de utilización de la renta disponible

Empleos		Operaciones y otros flujos y saldos contables		% B/A		Total de la economía	
A	B	% B/A		B	A	B	A
Operaciones y otros flujos y saldos contables							
Renta disponible bruta							
819.206	586.554	73,5	Renta disponible neta	716.179	1.018.569	70,3	1.018.569
			Gasto en consumo final	665.603	840.543	79,2	840.543

728.624	586.554	82,2	Gasto en consumo individual		
90.582	0	0,0	Gasto en consumo colectivo		
1.497	0	0,0	Ajuste por la variación de la participación neta de los en las reservas de los fondos de pensiones	100,0	1.497
199.363	131.120	65,8	Ahorro bruto		
21.337	80.546	377,5	Ahorro neto		

II. 4.2 Cuenta de utilización de la renta disponible ajustada

Empleos		Operaciones y otros flujos y saldos contables			
A	B	% B/A		% B/A	A
Total de la economía	Hogares				Total de la economía
819.208	728.624	88,9	Renta disponible ajustada bruta	84,3	Hogares
728.624	728.624	100,0	Renta disponible ajustada neta	96,1	858.249
90.582	0	0,0	Consumo final efectivo		807.673
1.497	0	0,0	Consumo individual efectivo		
			Consumo colectivo efectivo		
199.363	131.122	12,4	Ajuste por la variación de la participación neta de los hogares en las reservas de los fondos de pensiones	100,0	1.497
21.337	80.546	377,5	Ahorro bruto		
			Ahorro neto		

Cuentas de acumulación

III. 1.1 Cuenta de variaciones del patrimonio neto debidas al ahorro y las transferencias de capital

Empleos		Operaciones y otros flujos y saldos contables			
A	B	% B/A		% B/A	A
Total de la economía	Hogares				Total de la economía
			Ahorro neto	377,4	Hogares
			Transferencias de capital, a cobrar	16,3	80.546
					5.143
					21.337
					31.554

Impuestos sobre el capital	0,0	0	4.231
Ayudas a la inversión	18,4	2.788	15.124
Otras transferencias de capital	19,3	2.355	12.199
Transferencias de capital, a pagar	3,4	-918	-27.075
Impuestos sobre el capital	84,2	-3.563	-4.231
Ayudas a la inversión	0,0	0	-11.257
Otras transferencias de capital	-22,8	2.645	-11.587
Variaciones del patrimonio neto debidas al ahorro y a las transferencias de capital	328,4		
25.816	84.771		

III. 1.2 Cuenta de adquisiciones de activos no financieros

Empleos			
Operaciones y otros flujos y saldos contables			
A	B	% B / A	A
Total de la economía	Hogares		Total de la economía
257.370	67.110	26,1	28.816
252.961	66.484	26,3	
-178.026	-50.576	28,4	
4.409	634	14,4	
450	-1.794		
-53.978	70.023		
			Hogares
			84.771
		328,4	
			Total de la economía
			28.816

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos de la Contabilidad Nacional de España, 2009, publicada en 2010

Las cuentas de acumulación (cuenta de variaciones del patrimonio debido al ahorro y a las transferencias de capital, cuenta de adquisiciones de activos no financieros), también resultan afectadas por la cantidad, calidad y modo de producirse y distribuirse el cuidado.

En la clasificación de la actividad económica realizada por la Contabilidad Nacional, se clasifica la actividad económica según sectores institucionales; los principales son el S1 (Total de la economía), S14 (Hogares), S13 (Administraciones Públicas), S12 (Instituciones Financieras), S11 (Sociedades no financieras) y S15 (Instituciones Sin Fines de Lucro que prestan servicios a los Hogares). Entre ellos, al sector hogares le corresponde como una de sus finalidades principales la de producir y consumir cuidados.

Aunque el impacto de la ausencia en el análisis del cuidado según instituciones es notable en el sector de hogares, también es importante en los restantes sectores institucionales, que no aparecen detallados en la tabla. En menor medida, producen cuidados las Administraciones Públicas, las Sociedades no Financieras y las ISFLSH. Las únicas instituciones que permanecen relativamente al margen del cuidado, y aún así no del todo, son las instituciones financieras, que por otra parte juegan un papel muy relevante en la producción de información económica.

Respecto a las Administraciones Públicas (S13), la Contabilidad Nacional establece cuatro subsectores: la Administración Central, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales y las Administra-

ciones de la Seguridad Social. Todos estos subsectores intervienen en la producción de cuidados y todos ellos serían modificados si se aplicase a la economía una visión más comprensiva de la realidad, que incluya el cuidado no remunerado.

En la cuenta del sector Resto del Mundo, referida a los intercambios exteriores de bienes y servicios, también tiene que reflejarse el cuidado, tanto en importación de servicios como en transferencias (cadenas internacionales de cuidado, re-mesas). En algunos casos, la inmigración ocasiona una redistribución de los servicios ofrecidos por las Administraciones Públicas, y un reequilibrio en la contribución a las cargas fiscales.

Finalmente, como resultado de su presencia en todos los subsectores, el cuidado habría de reflejarse en la cuenta del Total de la Economía.

En la cuenta de bienes y servicios, la Contabilidad Nacional clasifica tres tipos de producción: de mercado, para uso final propio y de producción no de mercado. Sin embargo, la producción de cuidados no se refleja salvo que sean producidos por el mercado o a través del mercado.

En las cuentas del total de la economía y de los sectores institucionales se detalla la visión de la Contabilidad nacional sobre todos los sectores. Respecto a los hogares, se detalla la cuantía y procedencia de sus recursos, en qué se emplean y el ahorro resultante, pero no se toma en consideración el cuidado no remunerado y su influencia sobre todas las magnitudes consideradas. Los conceptos básicos son los de pro-

ducción, consumo intermedio, impuestos, subvenciones, valor añadido o producto interior bruto, consumo de capital fijo, remuneración de asalariados, cotizaciones, renta mixta, cotizaciones, prestaciones, transferencias, renta disponible, consumo final, reserva de los fondos de pensiones, variaciones del patrimonio debidas al ahorro y las transferencias de capital formación de capital, capacidad y necesidad de financiación.

Todos estos conceptos adquieren una dimensión diferente si se analizan desde la perspectiva del cuidado, especialmente del cuidado no remunerado.

En las cuentas de producción y explotación por ramas de actividad, el impacto de la inclusión del trabajo no remunerado o del cuidado será heterogéneo. Energía, industria y construcción son ramas de actividad relativamente ajenas al cuidado, por lo que no resultarán muy afectadas, y tampoco es importante en la agricultura (salvo en la preparación de alimentos). En cambio, el cuidado forma una parte esencial y no visibilizada de la rama de servicios: Administración Pública, educación, sanidad, actividades sociales y servicios personales, hogares que emplean personal doméstico, hostelería, alimentación y transporte producen y consumen cuidados; incluso la rama inmobiliaria y la de intermediación financiera, así como los servicios no de mercado, producen y consumen tanto servicios como bienes relacionados con el cuidado, que sin embargo no se hacen visibles en la lectura de las cuentas.

En cuanto al consumo, la visibilización del cuidado requerirá cambios en los regis-

tros y clasificaciones. El COICOP es la clasificación del gasto en consumo final de los hogares (acrónimo del inglés *Classification of Individual Consumption According to Purpose*), realizada por la United Nations Statistical Division, y permite a la Contabilidad Nacional clasificar el gasto entre doce grandes grupos. Si el consumo de cuidado se visibilizase con claridad, afectaría al apartado 1 (alimentos), al 4 (especialmente al 4.3, sobre mantenimiento y reparación de la vivienda), al 5 (especialmente al 5.6, sobre bienes y servicios para el mantenimiento corriente del hogar), al 6 (salud), al 7 (transporte, utilización de vehículos personales para transportar a otros), al 8 (comunicaciones), el ocio (especialmente el 9.4, sobre servicios recreativos y culturales), al 10 (educación, especialmente al 10.1 y 10.2 sobre educación infantil, primaria, secundaria), al 11 (hoteles y restaurantes) y al 12 (12.1, cuidados personales y 12.4, protección social).

La inclusión del cuidado afectaría a todas las magnitudes agregadas (valor añadido bruto, renta mixta, puestos de trabajo, empleo equivalente, horas trabajadas, etc.), y añadiría luz a los procesos de formación de capital (por la reducción de costes y por la reducción de ingresos) y a las operaciones con el Resto del Mundo.

La Contabilidad Nacional detalla el gasto en consumo final de las Administraciones Públicas por componentes y subsectores. Por componentes, la Administración distingue entre los bienes y servicios producidos por sí misma y los que adquiere sin transformación para transferencias sociales en especie. Al primero

TABLA 3. La distribución del Consumo Final de las Administraciones Públicas por subsectores

Administración Central (S1311)	18%
Comunidades Autónomas (S1312)	61%
Corporaciones locales (S1313)	19%
Administraciones de Seguridad Social (S1314)	2%

Fuente: Contabilidad Nacional de España, 2009, publicada en 2010.

le corresponde el 86% del consumo (año 2009) y al segundo el 14% restante. Si este principio se aplica al cuidado, equivale a distinguir entre el cuidado directamente producido y el comprado a terceros. Por subsectores, los 222.782 millones de euros gastados por las Administraciones Públicas en 2009 se distribuyeron así:

Entre 2000 y 2009, el gasto en consumo final de las Administraciones Públicas (euros corrientes, sin deflactar), ha aumentado un 54%, más alto en las adquisiciones sin transformación (50%). Las actividades de cuidado no se reparten por igual entre los cuatro subsectores, tienen mayor peso en las Comunidades Autónomas y en las Corporaciones Locales que en la Administración Central, cuyo principal gasto se destina a orden público y seguridad (30% del gasto) y a defensa (27% del gasto). En España, el proceso marcó un hito en 2002 y 2003 con la transferencia de competencias desde la Administración Central a las Comunidades Autónomas.

Consecuentemente, los cambios necesarios para el reflejo de las necesidades, demandas y asignación de recursos al cuidado tendrán mayor impacto en la Contabilidad de los Comunidades y Corporaciones que en la de la Administración Central.

1.6. ENTRE LA ECONOMÍA Y LAS LEYES. EL CÓDIGO CIVIL Y LA BASE PARA LA VALORACIÓN ECONÓMICA DEL CUIDADO NO REMUNERADO

La legislación española sobre el cuidado, igual que la de muchos países, está condicionada por su evolución histórica. Especialmente resulta condicionada por el peso de las épocas en que el patrimonio, principalmente agrario, era más importante que las rentas del trabajo, y en las que la esperanza de vida era mucho más corta que en la actualidad. Consecuentemente, algunas disposiciones legales de máxima importancia social, como el Código Civil promulgado en 1889 (que salvo algunas modificaciones sigue en vigor en el siglo XXI), están más orientadas a regular las acciones relativas a los bienes que a los servicios, y a las obligaciones de los padres respecto a los hijos dependientes que a la inversa.

El cuidado recibe escasas menciones en el Código Civil. Una excepción es el artículo 68, que regula las obligaciones entre cónyuges: *“Los cónyuges están obligados a vivir juntos, guardarse fidelidad y socorrerse mutuamente. Deberán, además, compartir las responsabilidades domésticas y el cuidado y atención de as-*

cendientes y descendientes y otras personas dependientes a su cargo”.

Lo que quizá resulte sorprendente para muchos economistas, estadísticos o responsables de políticas públicas, es que el Código Civil español ofrece una base legal para la valoración económica del cuidado. Por influencia de este Código, la legislación vigente en muchos países latinoamericanos contiene disposiciones semejantes. El régimen económico matrimonial más frecuente en España, donde tradicionalmente la incorporación de las mujeres casadas al mercado laboral ha sido escasa, es el de sociedad de gananciales (regulado por los artículos 1.344 a 1410 del Código Civil) y sigue siéndolo en la actualidad. Históricamente, el modelo de estricta división del trabajo no se producía entre los campesinos más pobres, y tampoco entre los pequeños comerciantes o artesanos, pero sí en los estratos sociales que acumulaban pequeños o grandes patrimonios y necesitaban normas que lo regulasen. Entre la detallada reglamentación del Código Civil destacan los artículos 1344 (*“Mediante la sociedad de gananciales se hacen comunes para los cónyuges las ganancias o beneficios obtenidos indistintamente por cualquiera de ellos, que les serán atribuidos por mitad al disolverse aquella”*) y 1.379 (*“Cada uno de los cónyuges podrá disponer por testamento de la mitad de los bienes gananciales”*). Si, por poner un ejemplo, se disuelve por fallecimiento o divorcio el matrimonio compuesto por un exitoso cirujano y un ama de casa sin empleo, la legislación española entiende que ambos han aportado la mitad del patrimonio obtenido en común. En esencia, lo que esos artículos fijan es la equiparación, dentro de cada matrimonio, del

valor del trabajo de ambos cónyuges; llevado a sus últimas consecuencias, y con independencia del grado de cualificación, la tecnología utilizada para desarrollar el trabajo o la cantidad de tiempo dedicado, según el Código Civil el valor atribuido a lo largo del ciclo matrimonial al esfuerzo aportado por ambos cónyuges tiene idéntico valor económico. Lógicamente, lo que es equiparable dentro de cada hogar habría de ser equiparable para el conjunto de los hogares. Si se partiera de la hipótesis de que todas las mujeres casadas trabajasen exclusivamente para la unidad económica familiar y todos los hombres casados trabajasen exclusivamente para el mercado, el valor del trabajo de unas y otros sería el mismo. Y si se supusiera que el tiempo dedicado al empleo y al hogar es el mismo, el valor estimado para la hora de trabajo remunerada por el mercado laboral (incluyendo las rentas mixtas de trabajo y capital) sería idéntico al de la hora de trabajo no remunerado destinada a los hogares. Aunque ambas hipótesis pueden refinarse, resulta innegable que la legislación vigente ofrece una base para la valoración igualitaria del trabajo producido para el mercado (remunerado) y para el hogar (no remunerado).

Todavía hoy, las obligaciones económicas de ayuda entre parientes siguen denominándose *“deber de alimentos”* (artículos 142 a 153), porque en la época de promulgación del Código Civil los alimentos constituían el núcleo del consumo en los hogares. El Código Civil impregna el concepto de *“deber de alimentos”* con la monetarización de los mismos en forma de pagos o pensiones, estipulando sus plazos con claridad (art. 148).

El artículo 142 provee una definición amplia del “*deber de alimentos*”, como “*lo indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia técnica*”. A lo que este artículo denomina “*indispensable*”, los artículos 143 y 148 se refieren de un modo más estricto, como “*auxilios necesarios para la vida*” (art. 143), los que se “*necesitan para subsistir*” (art. 148). Sin embargo, el Código reconoce la relatividad del concepto de necesidad, ya que la cuantía destinada a satisfacerla “*será proporcionada al caudal o medios de quien los da y a las necesidades de quien los recibe*” (art. 146) y se ajustará a las variaciones en las necesidades, igual que en la fortuna de su proveedor. No es a la necesidad vital de sobrevivir a lo que el Código se refiere, sino a las necesidades socialmente definidas; y esta distinción echa por tierra la idea de igualitarismo en la valoración de las necesidades de servicios en distintos tipos de hogares. Además de los servicios básicos, cada hogar necesita y produce otros servicios que se corresponden con su “*caudal y medios*”, o lo que es lo mismo, con su estrato social de pertenencia. Por tanto, previsiblemente el valor de la producción es diferente en cada hogar. Esta perspectiva añade una nueva visión a la estudios realizados hasta ahora sobre el valor de lo producido en los hogares, que se ha centrado en el número de horas de trabajo dedicadas, la cualificación de quienes le dedican su tiempo, el coste de oportunidad, y la proporcionalidad entre el valor de lo producido en el hogar y los ingresos obtenidos fuera del hogar mediante rentas del trabajo, del capital y otras rentas.

El Código Civil se refiere principalmente a la satisfacción del deber de alimentos por

medio de dinero, ubicándolo en una economía monetarizada en la que se aplican conceptos como *gasto* (art. 142), *pago* (art. 145) o *ahorro* (art. 148, 149), y en la que se establecen plazos y previsiones contables (art. 145, 148). Pero el Código Civil también reconoce la posibilidad de satisfacer el deber de alimentos mediante una fórmula más tradicional y ajena al mercado: “*el obligado a prestar alimentos podrá, a su elección, satisfacerlos, o pagando la pensión que se fije, o recibiendo y manteniendo en su propia casa al que tiene derecho a ellos*” (art. 149). En resumen, el Código Civil reconoce que el hogar es un taller que legítimamente produce bienes y servicios al margen y como alternativa del mercado.

La herencia es una institución central en las sociedades en que el patrimonio juega un papel económico importante. En tanto que forman parte de un mismo tipo de institución económica familiar, alimentos y herencia van inseparablemente unidos; por ello el Código Civil dedica a la herencia más de 400 artículos, los que median entre el art. 657 y el 1087.

En cuanto a la ejecución del contrato familiar implícito, el Código establece los criterios de prioridad entre las relaciones familiares, asimilando el deber de alimentar y cuidar con el derecho a heredar patrimonio (art. 144):

“La reclamación de alimentos, cuando proceda y sean dos o más los obligados a prestarlos, se hará por el orden siguiente:

- *Al cónyuge.*
- *A los descendientes de grado más próximo.*

- *A los ascendientes, también de grado más próximo.*
- *A los hermanos, pero estando obligados en último lugar los que sólo sean uterinos o consanguíneos.*
- *Entre los descendientes y ascendientes se regulará la gradación por el orden en que sean llamados a la sucesión legítima de la persona que tenga derecho a los alimentos”.*

El Código Civil no hace ninguna mención al género de quienes sufren la necesidad o al de quienes han de hacer frente a la obligación del deber de alimentos, estableciendo implícitamente que es condición independiente o no relevante para ello. El artículo 144 dice expresamente que cuando haya más de un obligado a la prestación de alimentos, en la relación entre descendientes y ascendientes *“se regulará la gradación por el orden en que sean llamados a la sucesión legítima de la persona que tenga derecho a los alimentos”* (art. 144). Si sobre una misma persona recae la obligación de atender a varios alimentistas y no puede abarcarlos a todos, se seguirá el mismo criterio de priorizar el orden de sucesión (art. 145). En este aspecto, el Código Civil necesita complementarse con otras perspectivas de análisis como la demográfica y sociológica, que muestran la incidencia del género tanto en la formación de los caudales como de las necesidades.

Llevado al terreno del cuidado, hay que establecer un paralelismo entre la salvaguardia de la fortuna personal y el derecho al propio tiempo, a la vida propia. ¿Cuáles son los límites en la obligación de cuidar? ¿Hasta dónde llegan los derechos y obli-

gaciones del que necesita cuidados respecto a sus familiares, amigos, vecinos, conciudadanos (vía impositiva), Administración Pública, y respecto a las Comunidades Autónomas propias y ajenas?

El deber de proporcionar alimentos tiene límites, tanto por el esfuerzo que exige al que ha de prestarlo como por la justificación moral de quien los necesita. El Código reconoce que la cuantía de los alimentos es variable (art. 146 y 147), establece límites de edad para el deber de proporcionar educación (mientras sea menor de edad, art. 142), de capacidad económica (*“si la persona obligada legalmente a darlos no tuviere fortuna bastante”*, art. 145) o ésta se redujera (*“hasta el punto de no poder satisfacer sin desatender sus propias necesidades y las de su familia”*, art. 152). El Código también marca los límites de adecuación moral; el derecho a recibir alimentos se pierde si *“la causa de la necesidad es imputable a quien los necesita”* (art. 142, 143), *“proviene de mala conducta o de falta de aplicación al trabajo”* (art. 152), o *“hubiera cometido alguna falta de las que dan lugar a la desheredación”*.

El cuidado es equiparable, pero no idéntico, a la prestación material de alimentos o al abono de los gastos de educación, habitación, vestido y asistencia médica. Aunque puede trasladarse a terceros y monetizarse, el cuidado consiste básicamente en asumir responsabilidades y en la cesión del tiempo propio. Los criterios de *“disponibilidad de fortuna”* no tienen correspondencia exacta en la prestación de cuidados, ya que son los criterios de disponibilidad de tiempo y buenas condiciones físicas y mentales los que me-

jor podrían asimilarse al “caudal” al que el Código Civil se refiere.

De especial interés para la determinación de las reglas de prestación del cuidado son los artículos 145 y 148, que prevén la contingencia de que no existan familiares fácilmente identificables y dispuestos a asumir el deber de alimentos; esta circunstancia se presenta con relativa frecuencia en los hospitales, por ejemplo en pacientes que han sufrido un ictus u otra enfermedad o lesión que les deja gravemente incapacitados y con la perspectiva de un largo período de supervivencia en condiciones de absoluta dependencia. El artículo 145 plantea la posibilidad de que haya dos o más personas con igual obligación de dar alimentos, por lo que los cuidados / alimentos se repartirán en cantidad proporcional a su caudal respectivo. En circunstancias especiales o por urgente necesidad, el Código admite que el Juez podrá “obligar a una sola de ellas a que los preste provisionalmente, sin perjuicio de su derecho a reclamar de los demás obligados la parte que les corresponda”. Si los obligados a proveer alimentos falleciesen, “el Juez, a petición del alimentista o del Ministerio Fiscal, ordenará con urgencia las medidas cautelares oportunas para asegurar los anticipos que haga una entidad pública u otra persona y proveer a las futuras necesidades” (art. 148).

A modo de conclusión, hay que destacar que la preocupación por los alimentos y los bienes que permiten la subsistencia es característica de las sociedades demográficamente jóvenes. La adscripción a sus propios familiares de la solución de los problemas de quienes carecen de los alimentos imprescindibles, es también ca-

racterística de una sociedad poco individualizada, en la que la economía de los hogares gira en torno a los patrimonios en lugar de las rentas. Ni una ni otra condición se producen ya en la sociedad española del siglo XXI, una sociedad devenida individualista, postindustrial y sumamente envejecida. Por ello ha sido necesario pactar la Ley de Dependencia y por ello es imprescindible avanzar en el análisis de las implicaciones de todo tipo que conllevan los derechos y deberes relativos al cuidado. Y así sucede, tanto si en el plano macroeconómico se esperan años de crecimiento y expansión como si, aún con mayor motivo, se atraviesan años de estancamiento y de reducción de las rentas disponibles públicas y privadas.

BIBLIOGRAFÍA

Díaz-Fernández, M. y Llorente-Marrón, M.M. (2011): *Una aproximación económica a la demanda mundial de cuidado, 2010-2050*, Fundación BBVA, Colección Documentos de Trabajo.

Domínguez-Serrano, M. (2011): *El trabajo no remunerado en Africa*, Documentos de Trabajo, Fundación BBVA, Colección Documentos de Trabajo.

Durán, M.A. (1994): “Viejas y nuevas desigualdades. La dialéctica entre observadores y observados”. *Revista Internacional de Sociología*, nº 8-9, pp. 61-89.

Durán, M.A. (dir.) (2000): *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: Alternativas metodológicas*. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Durán, M.A. (2002): *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Bilbao.

Durán, M.A. (dir.) (2006): *La cuenta satélite del trabajo no remunerado en la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid.

Durán, M.A. (2008): "Integración del trabajo no remunerado en el análisis de los sectores de salud y bienestar social" en *La economía invisible y las desigualdades de género*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, pp. 99-150.

Durán, M.A. (2011): "*El trabajo no remunerado en la economía global*", Fundación BBVA, (en prensa).

Durán, M.A y Rogero, J. (2009): "La investigación sobre el uso del tiempo", *Cuadernos Metodológicos*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 2009.

Durán, M.A. y Milosavljevic, V. (2011): *El trabajo no remunerado y las encuestas de uso del tiempo en América Latina*, Fundación BBVA, *Colección Documentos de Trabajo*.

García-Díez, S. (2003): *Análisis socioeconómico de la estructura productiva de los hogares. La experiencia española en la última década del Siglo XX*. Consejo Económico y Social. Colección Estudios. Madrid.

García-Díez, S. (2011): *El cuidado de niños en Europa. Una reflexión sobre la actual orientación económica*, Fundación BBVA, *Colección Documentos de Trabajo*.

García Sainz, C. (2010): "Trabajo, género y desarrollo en Latinoamérica y Europa", en Maquieira, V. (Dir.): *Mujeres, globalización*

y derechos humanos, (Segunda edición corregida y aumentada). Cátedra, Madrid.

Garrido Luque, A. (2000): "El reparto del trabajo no remunerado: expectativas y deseos de cambio" en Durán, M.A. (dir.) *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*, Instituto de la Mujer, Madrid.

Leféve, C. (2006): "La philosophie du soin". *La Matière et l'esprit*, n° 4, Médecine et philosophie, Université de Mons-Haineaut, avril 2006, pp. 25-34.

Rodríguez, V. (2000): "El trabajo no remunerado de atención a enfermos y ancianos. Propuestas metodológicas" en Durán (dir.) *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*, Instituto de la Mujer, Madrid, pp. 229-274.

Rogero-García, J. (2010): "Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores". *Colección Estudios. Serie Dependencia*. IMSERSO.

Rogero-García, J. (2011): *Las regiones con sobrecarga de cuidado. Variaciones continentales en la atención a adultos dependientes*. Fundación BBVA, Documentos de Trabajo.

Zambrano, I. (2000): "Los tiempos invisibles del cuidado de la salud: Consideraciones sociales, políticas y económicas" en Durán (dir.) *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*, Instituto de la Mujer, Madrid, pp. 275-317.

Zambrano, I. (2010): "La valoración económica del trabajo no remunerado como reconocimiento de los derechos de las mu-

jerres ante el cuidado de la dependencia". *Revista Económica de Castilla-La Mancha*, nº 17, pp. 197-230.

2. DEMOGRAFÍA Y PREVISIÓN DE DEMANDAS DE CUIDADOS DE LOS ADULTOS MAYORES EN AMÉRICA LATINA

Mercedes Pedrero Nieto*

2.1. ANTECEDENTES

En el Siglo XX se dieron grandes transformaciones demográficas en América Latina, en la primera mitad del siglo lo sobresaliente fue la reducción acelerada de la mortalidad. En sus últimos tres decenios, lo demográfico trascendental fue la reducción de la fecundidad que estuvo acompañada de una revolución económica-cultural, la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo. La mortalidad en varios países ha llegado a niveles bajos con la expectativa de pocos cambios marginales, aunque como lo señala la CEPAL¹ “existen importantes brechas en los niveles de morbilidad y mortalidad, que son indicadores, entre otros factores, de las condiciones económicas adversas en las que vive parte de la población y de la falta de acceso equitativo a la atención de la salud”; sobre esto podemos puntualizar que las brechas se dan entre países y dentro de la mayoría de los países.

La fecundidad y la participación han seguido sus tendencias en el primer decenio del Siglo XXI acompañados de la agudización del fenómeno de la migración internacional hacia regiones más desarrolladas.

La reducción de la fecundidad correspondió a varios fenómenos:

- En primera instancia, demanda latente derivada de la reducción de la mortalidad infantil.
- Menos posibilidades de considerar a los hijos como mano de obra potencial (dada la reducción de la agricul-

tura y de la producción manufacturera artesanal).

- Exigencias de mayor inversión monetaria en la escolaridad de los hijos.
- Mayor escolaridad de las mujeres que les abrió horizontes y la posibilidad de proyectos de vida alternativos a la maternidad.
- Políticas antinatalistas promovidas por todo tipo de agencias, especialmente norteamericanas al inicio y después adoptadas por los propios gobiernos.
- Publicidad que acompañó a tales políticas que fueron ampliamente difundidas gracias a la expansión de la televisión.
- Adopción de medidas anticonceptivas que se facilitó por el desarrollo los servicios públicos de planificación familiar del Sector Salud.

El número promedio de hijos por mujer pasó de más de 6 hijos por mujeres en 1970 a menos de 3 en la actualidad.

La incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, a partir de los años setenta, ha obedecido a varios fenómenos. Entre los cuales, además de la reducción de la fecundidad podemos enumerar:

- Acelerado proceso de urbanización acompañado de la expansión de servicios, donde tiene cabida la mano de obra femenina.
- Necesidad de las familias de contar con más de un salario, tanto por la monetarización de la economía (reducción de autoconsumo, pago de impuestos y gastos en transporte), re-

* Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

¹ CEPAL: *América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico*. Año IV, núm. 7, abril 2009.

ducción de oportunidades de empleo masculino por cambios estructurales de la economía (reducción del empleo agropecuario e industrial), así como la pérdida del poder adquisitivo de los salarios de los proveedores económicos tradicionales (jefe del hogar hombre).

- Demanda de mano de obra barata para maximizar las ganancias de las empresas transnacionales, resultando ideal la femenina, para procesos industriales parciales (maquiladoras, *in-bond industries*) frente a una nueva división del trabajo internacional dada la competencia de empresas apátridas.
- Avances de las luchas en favor de los derechos de las mujeres, en buena parte resultado de los movimientos feministas, que abrieron oportunidades para las mujeres en ámbitos antes vedados para ellas; de manera destacada se incrementó su escolaridad.
- Todo lo anterior conllevó a cambios culturales que coadyuvaron al incremento de la participación femenina en el mercado de trabajo.

Alrededor de los años 70 la tasa neta de participación mediaba alrededor de 20 por ciento. Arriagada (2010: 53) señala que de 1990 a 2007 pasó de 37,9 a 52% la masculina descendió de 85 a 77%.

2.2. DIMENSIÓN DEL PROBLEMA DEL CUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES

Frente a la dinámica demográfica en América Latina de los últimos decenios antes descrita, se tiene la certeza del envejecimiento de la población que plantea grandes desafíos en las políticas públicas y para la sociedad en su conjunto para atender los cuidados que necesariamente se requieren.

Dados los cambios en la fecundidad se podría pensar que disminuye el tiempo de cuidado de los hijos², y por lo tanto se libera tiempo para el cuidado de los miembros de la tercera edad. Sin embargo, esa aseveración resulta cuestionable por varias razones. En primer lugar, en el cuidado de varios hijos se dan economías de escala, es decir el tiempo de atención que se ahorra por tener un hijo menos no es igual al tiempo per-cápita de dedicación; además, en algunos contextos los hermanos mayores ayudan a cuidar a los pequeños; también se ha visto que a menor número de hijos se aumenta la atención que se les proporciona individualmente, especialmente cuando se requiere apoyo en su formación escolar; por supuesto que todo varía de acuerdo al grupo social de pertenencia. Por otra parte, sobre la posibilidad de tener más tiempo disponible para el tra-

² En el seminario organizado por la Fundación Carolina el 6 de junio de 2011, ocasión en que se presentó parte de este documento, Sonia Montaña de CEPAL hizo una observación crítica, refiriéndose a todos los trabajos presentados, incluyendo al presente, sobre la omisión de abordar el tema de cuidados de los menores. Observación muy legítima, dada la importancia que aún tiene el cuidado infantil en la región y las carencias existentes, quizás tal omisión fue una mala interpretación de la invitación recibida para elaborar este documento, y por la complejidad del problema no se pudo hacer la rectificación oportunamente, pero sin duda el tema de cuidados debemos abordarlo globalmente, considerando a todos los grupos de edad y circunstancias que demandan cuidados específicos.

CUADRO 1. Proporción de la población adulta mayor respecto a la población total en el conjunto de los países latinoamericanos: 1980-2030

Año	Proporción 65 y +	Proporción 60 y +
1980	4,39	6,54
1985	4,49	6,76
1990	4,77	7,17
1995	5,19	7,59
2000	5,67	8,21
2005	6,20	8,91
2010	6,88	9,98
2015	7,76	11,39
2020	9,03	13,07
2025	10,50	15,02
2030	12,20	16,99

Fuente: Cálculos derivados de las proyecciones publicadas en CEPAL, 2009.

bajo doméstico, específicamente para cuidados, no es realista dada la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, porque son ellas quienes se encargan de los cuidados principalmente. Por otra parte, las familias han cambiado, Arriagada (2009: 53) sostiene que “las grandes transformaciones demográficas, sociales, económicas y culturales han afectado las formas de constitución y funcionamiento de las familias”; estos cambios afectan al problema que nos ocupa, y que abordaremos más adelante.

En primer lugar, abordaremos la dimensión del envejecimiento de la población en América Latina del año 1980 al 2030³. En el Cuadro 1 se muestran las proporciones de las personas en la tercera edad, con límite inferior de 60 y 65 años.

CUADRO 2. Proporción estimada para 2030 de personas mayores de 60 años según sexo, en 20 países latinoamericanos

País	Hombres	Mujeres
Cuba	28,73	33,01
Uruguay	19,11	24,92
Chile	20,75	24,50
Argentina	15,63	21,69
Brasil	17,05	20,69
Costa Rica	17,39	19,36
México	16,51	18,58
Colombia	14,77	17,74
Panamá	15,31	17,34
Ecuador	14,60	16,65
Venezuela	13,97	16,06
El Salvador	12,12	15,67
Perú	13,36	15,45
Rep. Dominicana	13,35	15,23
Nicaragua	10,68	12,67
Paraguay	11,24	12,38
Bolivia	9,62	11,64
Honduras	9,02	10,49
Haití	8,44	10,06
Guatemala	6,86	8,73

Como se puede observar, la proporción de personas de 60 años o más edad ha pasado de 6,54 % en 1980 a 10 % a la fecha y se estima que llegará al 17 % en 2030.

Los países que conforman a la región latinoamericana comparten mucha historia y la adopción de políticas económicas similares, pero desde sus orígenes han presentado diferencias importantes, que se reflejan en los procesos demográficos. Se habla de diferentes etapas de la Transición Demográfica, esquema que describe la evolución de la mortalidad y la fecundidad a

³ Cálculos basados en los cuadros publicados en CEPAL, 2009.

través del tiempo; transición que ha sido diferente a lo largo de todo el continente. Los países más envejecidos son Cuba y Uruguay y los más jóvenes son Guatemala y Haití. La proporción de mujeres es mayor entre la población envejecida (Cuadro 2).

Se ilustran muy bien las diferencias si comparamos las pirámides de edad entre países que se encuentran en los extremos en su proceso de envejecimiento; en este caso contrastamos a Guatemala con Uruguay. Primero se compara la población proyectada para el año 2030 de Guatemala con la registrada en 1980 de Uruguay. Se observa que la de Uruguay en 1980 ya estaba más envejecida que lo que se espera para Guatemala en 2030. Después se comparan ambas poblaciones proyectadas para 2030, el contraste es más drástico por el agudo envejecimiento de Uruguay.

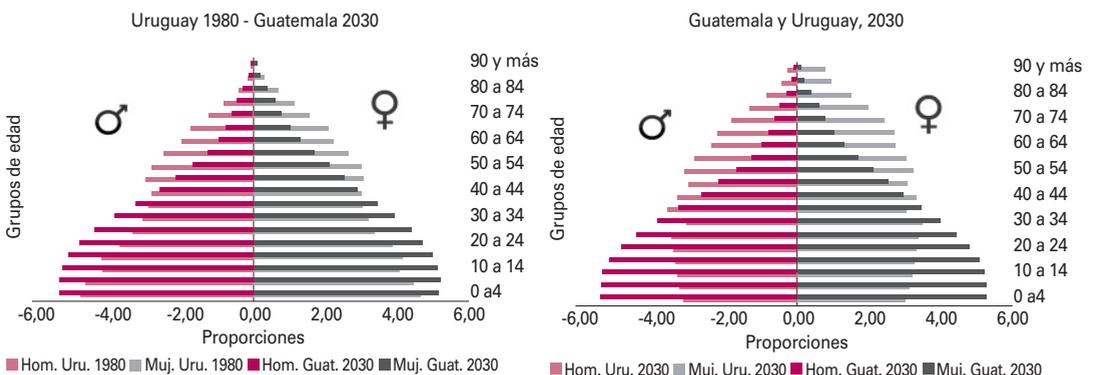
Desafortunadamente, no se puede plantear transferencias de personas entre países latinoamericanos, aunque en la actualidad en cierta medida sucede entre países subdesarrollados y países con ma-

yor poder adquisitivo (Ecuador-España; México-Estados Unidos). Entre países sólo sucede entre países limítrofes cuando hay diferencias económicas importantes y dentro de los países se presenta la migración rural hacia zonas urbanas donde existen grupos significativos con poder económico. Sin embargo, es importante considerar que dadas las tendencias demográficas, el envejecimiento les va a llegar a todos los países.

Hakkert y Guzmán (2004: 479) señalan “que la capacidad para hacer frente a un número cada vez mayor de personas en la tercera edad depende tanto de la capacidad del Estado para generar y aplicar políticas públicas de gran cobertura -especialmente en las áreas de seguridad social y salud- como patrones de organización familiar”. Veamos que posibilidades existen en estas dos instancias, primero consideraremos a las políticas públicas.

El semiestado de bienestar se intentó establecer entre el final de la Segunda Guerra Mundial y el principio de la década de

GRÁFICO 1. Pirámides de población de Uruguay (1980 y 2030) y Guatemala (2030)



los ochenta con las políticas sociales, la legislación de familias y del trabajo, así como el desarrollo y la prestación de los servicios públicos de salud, educación, vivienda, entre otros. Se tuvieron algunos logros importantes aunque se concibieron conforme a una visión androcéntrica de las familias, en que el hombre es proveedor único (lo que hace que él sea el beneficiario directo de algunas prestaciones de la seguridad social y las otras personas sólo son beneficiarias en tanto familiares dependientes), la mujer es la cuidadora y los hijos y las hijas deben asistir a la escuela (Judisman, 2010: 429).

Sin embargo, las conquistas logradas han sufrido una involución en cuanto a los derechos laborales de los trabajadores. Los países que estaban a la vanguardia en materia de pensiones de vejez han entrado en el camino de su desmantelamiento; la situación es aún más dramática donde su desarrollo era incipiente, cuando irrumpieron las políticas neoliberales como el camino a seguir por los poderes hegemónicos. Sólo basta observar a los países del Cono Sur que en la actualidad la cobertura de pensiones supera al 60 por ciento; sobresaliente el caso de Uruguay con una cobertura del 87 por ciento. La situación prevista en el mediano plazo es grave al considerar la cobertura actual de los contribuyentes a los sistemas de pensiones reducidos drásticamente, es especialmente dramática en Argentina donde la proporción de contribuyentes a penas supera a un tercio de la población en edad de trabajar, lo que contrasta con el hecho de que más

CUADRO 3. Proporción de pensionados respecto a la población en la tercera edad y proporción de contribuyentes a fondo de pensión de retiro respecto a la población en edad de trabajar

País	Proporción de Pensionados	Proporción de Contribuyentes
Uruguay	87,1	55,3
Chile	63,8	58,2
Argentina	68,3	34,6
Brasil	85,9	45,2
Costa Rica	36,6	46,6
México	19,2	38,5
Colombia	18,6	22,2
Ecuador	15,2	21,9
Venezuela	23,9	35,1
El Salvador	14,5	29,7
Perú	23,2	18,9
Nicaragua	4,7	18,7
Paraguay	19,6	13,9
Guatemala	11,7	19,6

Fuente: OIT, Departamento de Seguridad Social, datos recabados alrededor de 2008, son los más recientes disponibles.

de dos terceras partes de las personas de edad avanzada tienen pensión actualmente. Las cifras de Seguridad Social hablan por sí mismas, en el Cuadro 3 se muestra que entre los 14 países para los cuales se tuvo información⁴, cuatro de ellos no tiene cubierta ni a una quinta parte por la seguridad social. Sólo dos países tienen una cobertura de más de la mitad, pero que no llega al 60 por ciento.

A esta dramática situación hay que sumarle la consideración de que las cifras sólo son para un momento en el tiempo, para que

⁴ Es probable que la mayoría de los países que no cuentan con información estadística, o no se tuvo acceso a ellos, se encuentren en peores condiciones respecto a cobertura de seguridad social.

un trabajador conserve su situación de amparado por la seguridad social tiene que tener continuidad en su trabajo, lo cual es muy incierto dadas las condiciones actuales del mercado de trabajo global que domina internacionalmente.

Es decir, en la actualidad no hay cobertura amplia de las Seguridad Social que garantice una pensión económica a la mayoría de la población, incluso quienes tienen acceso a ella, para la mayoría les resulta insuficiente para una vida digna, dado que su monto es sumamente bajo. Por otra parte, para la población económicamente activa actual los salarios son bajos y la inestabilidad en el trabajo no permite poder hacer un fondo de ahorros, además de que el dinero depositado en bancos pierde su poder adquisitivo. A esta situación de riesgo especulativo no sólo están sujetos se han incorporado los ahorros individuales, también están bajo el riesgo las pensiones que antes eran manejadas por el Estado, porque en varios países ese ha sido el destino de los fondos de pensión que se han trasladado a la banca privada (que incluso se puede declarar en quiebra); esa política se instaló primero en Chile en 1981, y le han seguido Perú, Colombia, Argentina, Uruguay, México, Bolivia y El Salvador; seguramente se han sumado recientemente algunos más a esta política en los últimos⁵. Los bancos especulan con los fondos de pensión y cobran comisiones excesivas, además con la privatización de los fondos de pensión se perdió el sustento que se obtenía con el cálculo actuarial (los muertos contribuían en beneficio de los so-

breviantes porque sus fondos de pensión que ya no usarán en su vejez cubren las de los más longevos) además de la responsabilidad del Estado del manejo de las reservas financieras de esos fondos para preservar su valor real o compensarlo para mantener las pensiones ajustadas por la inflación.

Las evidencias actuales muestran que por ahora los Estados no están atendiendo a estas necesidades, ni siquiera lo consideran en sus agendas para un futuro cuya gravedad ya está en puerta.

La política económica aplicada en Latinoamérica (con excepción de Cuba), con pequeñas variantes (modificada recientemente en el periodo presidencial de Lula) es de corte neoliberal –todo dejado a las fuerzas del mercado– que ya se ha demostrado que el libre juego de los factores económicos no es tal –el pez más grande se come a los pequeños–.

A la par se han adoptado políticas de subsidio a la pobreza, como medidas de contención de inestabilidad social, para desmovilizar a posibles movimientos que cuestionen la política económica y con fines de clientelismo político; pero que no inciden en el desarrollo económico ni en el bienestar permanente de la población. Se trata de subsidio al consumo de corte asistencialista con efectos económicos en el corto plazo sólo para una parte de la población, que no es la más pobre, porque se les asigna a pobladores de localidades de al menos 5.000 habitantes, donde exista es-

⁵ Ayala, 1995; Lora y Pagés, 2000, publicaciones del BID, citadas por Hakkert, Ralph y Guzmán, José Miguel (2004). No se pudo actualizar esta información oportunamente.

cuela y acceso a servicio médico, cosa que deja fuera a los más pobres, quienes viven en localidades más pequeñas, lo que hace pensar en demagogia más que buscar soluciones reales y definitivas⁶; esta política, si bien beneficia a un sector de la población, también ha tenido resultados perversos al dividir a las comunidades rompiendo la solidaridad que existía, al dividir a la población entre beneficiarios y excluidos. Por otra parte, en algunas localidades se inició hace algunos años un programa de estipendios monetarios para personas mayores de 70 años sin más requisito que el de su edad y comprobación de bajos recursos, pero no tiene una amplia cobertura ni poblacional ni geográfica.

La política inducida desde los años 80 por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional sobre la estrategia de que el Estado tenga dimensiones mínimas fue adoptada por la mayoría de los países, ya que era la condición para obtener recursos financieros de las instituciones citadas. A la par se desmantelan sindicatos y se desdibujan las leyes que proporcionaban ciertas garantías laborales a los trabajadores. Esa política no sólo ha provocado la disminución en el fortalecimiento y la actualización de los servicios sociales públicos, que de por sí presentaba rezagos importantes, sino que están en franca involución; los servicios que se desarrollaron desde la postguerra hasta finales de

los años setenta se han deteriorado. Como alternativa, la provisión de varios servicios que son responsabilidad del Estado –como las estancias y guarderías infantiles– se ha subrogado al sector privado, sin potenciar las acciones de inspección y vigilancia de los servicios privatizados, exponiendo a riesgos a quienes son atendidos (Jusidman, 2010: 429).

De hecho, los rezagos históricos y los nuevos que se acumulan día a día dada la disminución del gasto público en materia de Seguridad Social han provocado que los servicios se tengan que cubrir por las familias en la medida de sus capacidades. La oferta privada de servicios de cuidado tiene baja cobertura por ser muy reducida la población que la puede pagar, como lo evidencian los datos sobre distribución del ingreso que se muestran en el Cuadro 4, en el que se observa que los países que tienen una distribución menos concentrada son Uruguay y Venezuela, y aún en ellos en el diez por ciento de los hogares más ricos, en promedio, un hogar obtiene algo más de ingreso que cuatro de los hogares más pobres. En los otros países la inequidad en el ingreso es aún más aguda.

La disminución del gasto social, en la mayoría de los hogares, ha aumentado las cargas de trabajo en el interior de las familias para la atención a adultos mayores, de los

⁶ Para México, en el informe sobre el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social del pasado 20 de junio, revela que el subsidio a la gasolina que beneficia principalmente a las clases medias y altas es más del doble del presupuesto asignado al programa “Oportunidades”, quizás en otros países opere de diferente manera. Aunque en muchos aspectos se parece la forma de operar de programas similares aunque llevan otro nombre, como es el tiempo excesivo que tienen que invertir los beneficiarios para cobrar los subsidios (<http://www.razon.com.mx>).

CUADRO 4. Proporción del ingreso que obtiene el 40 % de la población más pobre y proporción del ingreso que recibe el 10 % más rico en países latinoamericanos (fecha más reciente disponible).

Países	Año	Participación en el ingreso total del:	
		40% más pobre	10% más rico
Uruguay	2009	21,8	26,1
Venezuela	2008	19,2	24,8
El Salvador	2009	16,6	31,4
México	2008	16,0	34,5
Ecuador	2009	15,9	32,6
Perú	2009	15,9	29,2
Argentina	2009	15,6	32,1
Panamá	2009	14,8	31,4
Nicaragua	2005	14,4	35,4
Chile	2009	14,4	38,4
Costa Rica	2009	14,3	33,0
Paraguay	2009	13,8	32,6
Brasil	2009	13,2	41,0
Guatemala	2006	12,8	39,8
Colombia	2009	11,8	39,5
Bolivia	2007	11,2	35,5
Dominicana	2009	10,7	40,2
Honduras	2007	10,0	37,0

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

enfermos crónicos y de las personas con discapacidad porque no pueden pagar servicios privados. La carga de trabajo generalmente recae sobre las mujeres⁷.

En resumen, las políticas públicas de hoy en día no asumen la responsabilidad del cuidado de los adultos mayores, ni en el presente ni lo consideran para el futuro; aparentemente, el cuidado lo asume principalmente la familia, que es lo que plantean como alternativa Hakkert y Guzmán,

que mencionamos más arriba. Veamos que tan factible es esto en América Latina, región que, de acuerdo con Echarri (2010: 77), combina el familismo con el estatismo: “En la tradición cultural latinoamericana la familia patriarcal se percibe como el lugar natural de la vida cotidiana. El hogar es la unidad de base de la reproducción; en su interior las relaciones entre los sexos y entre generaciones son jerárquicas, con una clara división del trabajo y de los ámbitos de la actividad. Las mujeres se encargan de

⁷ Por ejemplo, en México (aparentemente lo mismo sucede en otros países del región) se están dando prácticas de dar de alta prematuramente a enfermos que aún requieren atención especializada como suministro de sueros o diálisis, sólo con un entrenamiento rápido a una persona de la familia (generalmente una mujer); además de la atención de enfermos en su casa que tienen que esperar meses para obtener una cita médica para ser atendidos.

CUADRO 5. Promedio de horas trabajadas a la semana en trabajo para el mercado, en trabajo doméstico y carga global de trabajo de las personas ocupadas en trabajo para el mercado; según sexo

Sexo	Trabajo para el Mercado	Trabajo Doméstico	Carga Global de Trabajo
Ecuador 2007			
Hombre	44:02	11:01	55:03
Mujer	37:25	33:18	70:43
México 2009			
Hombre	48:10	11:43	61:05
Mujer	39:59	35:29	76:01
Perú 2010			
Hombre	50:42	14:59	67:38
Mujer	40:02	36:07	76:20

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de las encuestas sobre Uso del Tiempo en los respectivos países.

las actividades domésticas... ; los hombres tienen a su cargo las tareas asociadas con la esfera pública...” y como evidencia de la asignación del trabajo doméstico tenemos las cifras del Cuadro 5, en el que se nos muestra para tres países latinoamericanos (con información reciente) la menor dedicación de la población masculina al trabajo doméstico que en Ecuador y México es de un tercio de la jornada femenina; en Perú es menos dispar, aunque las mujeres los superan a ellos en casi un 60 por ciento en la jornada doméstica. Lo interesante del discurso antes expuesto sobre los roles de la familia es que no se enfatiza el doble rol de la mujer, que además de efectuar el trabajo doméstico participa en el mercado; si bien la proporción que participa en el mercado es inferior a la masculina, cuando lo hacen no dejan el rol doméstico y trabajan jornadas significativas en el mercado, en todos los casos el tiempo promedio supera a las 35 horas de trabajo para el mercado al que se le suman las de tra-

bajo doméstico. La dedicación de los hombres en el trabajo para el mercado supera hasta en 10 horas el de las mujeres, pero no compensa la sobrecarga de trabajo de las mujeres, vista globalmente.

Las cifras que son contundentes sobre la excesiva carga de trabajo que llevan auestas las mujeres son las de la Carga Global de Trabajo, que considera conjuntamente el tiempo total de trabajo integrando a ambos tipos de trabajo, en dos de los países supera a la jornada masculina en 15 horas y en el otro en 9. La jornada completa de ellas es de más de 70 horas a la semana.

El hecho de que la mujer sea la encargada del trabajo doméstico se perpetúa por las prácticas en el interior de las familias; como podemos ver en el Cuadro 6, siempre las hijas realizan más trabajo que sus hermanos, es en los hogares donde se gestan las inequidades de género, reforzadas por el conjunto de la sociedad, también se re-

CUADRO 6. Horas promedio a la semana que los hijos y las hijas dedican al trabajo doméstico en varios países

	Hijos	Hijas
Ecuador 2007)	7:50	20:11
México (2009)	9:14	23:07
Perú (2010)	12:44	26:41

Fuente: Cálculos propios a partir de las bases de datos de las encuestas en los respectivos países.

quiere trabajo de concientización al respecto, dado que el trabajo doméstico no puede dejar de existir es necesario distribuirlo al interior de los hogares con equidad de género.

De acuerdo con Jusidman (2010: 429), se observa una falta de sincronía entre los cambios en el ámbito legislativo y de las capacidades reales de desarrollo e instrumentación de las instituciones. Se requieren cambios en la arquitectura institucional, de manera que se actualice para responder a las transformaciones de las familias. En particular no se puede seguir demandando que la mujer se haga cargo de los cuidados; simplemente **NO TIENE TIEMPO**, si lo sigue haciendo es a costa de su salud, bienestar y posibilidades de su propio crecimiento. Se tiene que cambiar la legislación y códigos de familia a la luz de la realidad. Porque, como lo señalan Lerner y Melgar (2010: 9), hablar de familias en el siglo XXI es hablar de diversidad, pluralidad, variedad de arreglos cohabitacionales y de convivencia. Es también hablar de cambios sociales, económicos, políticos y culturales ligados a esa diversidad que han incidido en las necesidades, las expectativas, las funciones y los deseos de las personas, así como en los roles de géne-

ro, en las relaciones de poder y la autoridad entre las distintas generaciones y en las propias estructuras familiares. Hablar de familias es hablar de afectos y deberes, de obligaciones y deseos de solidaridad y violencia, de derechos y valores. Arriagada (2010: 53) puntualiza “las grandes transformaciones demográficas, sociales, económicas y culturales han afectado las formas de constitución y funcionamiento de las familias...” y lo documenta con cifras para el lapso entre 1990-2005:

El modelo más importante de familia nuclear, la biparental con hijos se redujo del 46,3% al 41,1%. Este modelo coexiste con la familia de tres generaciones que representó más de una quinta parte (21,7%), las familias monoparentales, principalmente a cargo de mujeres (12,2%) y los hogares unipersonales (9,7%). Nuclear sin hijos: el 8,2%; el resto son las compuestas y las sin núcleo conyugal. Es decir, el modelo tradicional alcanza únicamente a uno de cada cinco (20,9%) de los hogares latinoamericanos urbanos. Por otra parte, Echarri (2009: 152) nos dice que en la literatura se menciona la asociación entre la existencia de hogares extensos y ruralidad, y la mayor incidencia de hogares unipersonales en zonas urbanas, pero él al confrontar las cifras de las encuestas encuentra un panorama diferente. En las localidades más grandes es donde encuentra mayor presencia de hogares extensos (núcleo más otros familiares, que incluye a tres generaciones) y que la prevalencia de hogares unipersonales disminuye al aumentar el tamaño de la localidad y también al aumentar el estrato económico. O sea, entre los hogares más pobres hay más gente sola. Sin embargo, toda la legislación se

basa en el modelo tradicional y no se toma en cuenta la realidad para la cual ya se han realizado investigaciones que se deberían tomar en cuenta para el cambio en las instituciones. En resumen, ni el Estado ni la organización familiar en sí mismas están preparados para asumir la responsabilidad de cuidados, tal como se encuentran en la actualidad ni con su evolución prevista.

2.3. PROPUESTAS PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS EN LA TERCERA EDAD

Para enfrentar el reto para los cuidados de las personas de la tercera edad debemos considerar además del Estado y las familias, atendiendo a las carencias detectadas en la actualidad, a otras dos instancias: el propio autocuidado y la comunidad.

Primero comentaremos algunas cuestiones que es necesario revisar sobre las dos primeras y finalmente abordaremos a las otras dos.

1) Respecto al Estado, CEPAL (2009: 15) ha hecho planteamientos muy claros: “El envejecimiento demográfico plantea importantes retos para los gobiernos, las familias y las personas mayores. Existe el consenso en que, para garantizar la seguridad económica, es preciso aumentar la cobertura de la fuerza de trabajo actual... Los sistemas de seguridad social deben preservar en mantener y aumentar la capacidad de los sistemas de pensiones para cumplir con sus objetivos sociales, garantizar su viabilidad financiera y mejorar su capacidad de respuesta ante los cambios de la sociedad. Asegurar la igualdad de oportunidades

para hombres y mujeres en materia de empleo y protección social y la cobertura de las poblaciones rurales”. En el documento de CEPAL se ahonda en conceptos relevantes que será necesario tomar en cuenta, aquí sólo se exponen algunos puntos sobre políticas públicas dirigidas a las personas de la tercera edad y de política económica con provisiones para los ancianos del futuro:

- a. Pensiones Económicas que les permita vivir dignamente.
- b. Acceso a servicios de salud y terapias profesionales.
- c. Servicios públicos adecuados, por ejemplo el transporte.
- d. Programas que les garantice el abasto y los servicios básicos.
- e. Replanteamiento de las retribuciones a los trabajadores activos de manera que sus salarios sean más elevados que les permita tener mejor calidad de vida, incluso poder ahorrar.
- f. Recuperar los sistemas de pensiones por parte del Estado introduciendo el cálculo actuarial como base para su diseño (es autofinanciable, si no fuera negocio los bancos no lo adoptarían).
- g. Formación de recursos humanos que cree personal calificado para una atención integral de las personas mayores.

2) En cuanto a la familia:

- a. Revisar la legislación sobre responsabilidades familiares basándose en la diversidad de familias que se encuentran en la realidad, y también considerar a personas solas, sin familia.
- b. Introducir en la agenda de las políticas de conciliación el tema de cuida-

dos, que se supone toman en cuenta a la doble jornada, con compensaciones para las personas que se encarguen de los cuidados, tales como: exención de impuestos, turnos prioritarios para atención médica en instituciones públicas, compensación económica, acceso a bancos de tiempo para suplencias para cubrir las necesidades de cuidadoras/es.

- c. Mantener lazos sanos de solidaridad entre generaciones para el intercambio de cuidados.
- d. Orientación psicológica para evitar simbiosis y dependencia anímica intrafamiliar.

3) Del autocuidado:

Las propias personas a lo largo de su vida deben actuar para conservar su salud física y mental, de manera que los deterioros naturales que se dan por la edad no se aceleren y produzcan discapacidades que los lleven a dependencia en su vida cotidiana. Una causa mayor es la pobreza que dificulta impedirlo, pero también la ignorancia cuenta para adoptar hábitos alimenticios insanos. Algunas se deben realizar en una etapa de la vida en que no se tiene conciencia de la futura vejez, por lo tanto tienen que estar acompañadas de políticas públicas. Por ejemplo, la estructura ósea se consolida durante la adolescencia mediante actividad física al aire libre, lo cual es muy importante para soportar caídas sin fracturas en edades avanzadas; por lo tanto las prácticas deportivas deberían ser obligatorias en la educación básica.

El autocuidado comprende evitar accidentes discapacitantes que están ligados

necesariamente con políticas públicas de urbanismo, y otra es conservar la salud mental para lo cual juega un papel muy importante la comunidad, de estos aspectos tratamos en el siguiente inciso.

4) En la comunidad se pueden llevar a cabo muchas prácticas de urbanismo y solidaridad:

a. Se pueden evitar accidentes evitando la discapacidad física. Vigilar medidas de desarrollo urbano que jamás toman en cuenta a este grupo poblacional; las medidas urbanas están para el tránsito vehicular, en las banquetas se les da prioridad a las entradas para los autos con rampas que interrumpen el tránsito seguro para las personas. La construcción de grandes viaductos rompen barrios de convivencia; en el mejor de los casos se construyen puentes peatonales, ¿pero se toman en cuenta las distancias?, ¿cuentan con elevadores para aquellos que se les dificulta subir y bajar escaleras?. Con frecuencia las calles y banquetas están en mal estado, incluso con coladeras destapadas, se ponen anuncios o mercancías que estorban al paso en las zonas peatonales; todo eso se convierte en trampas mortales. Al respecto se tiene que desarrollar una legislación específica con mecanismos para su vigilancia y llevar a cabo campañas para resolver estos problemas de infraestructura para que se tome conciencia sobre estos problemas, paralelamente a establecer un sistema de responsabilidad de los gobiernos para sufragar los gastos por accidente y sus cuidados posteriores de personas que se

accidenten por negligencia de las autoridades del gobierno encargadas de vigilar el buen estado de la infraestructura urbana.

b. Los ancianos bien saben que las caídas son fatales en su edad se deben evitar a toda costa; los problemas citados en el inciso anterior llevan a la consideración de no salir de su domicilio que les permitiría hacer alguna compra para su alimentación o simplemente a pasear. La consecuencia es que si no salen hacen menos ejercicio, lo cual es fatal para su salud física, y si se aíslan con lo cual disminuye su sociabilidad, aumenta la depresión, afectando su estado anímico al no hablar con diferentes personas y se atrofia su actividad mental.

c. En las ciudades avanzan los grandes centros comerciales (supermercados) que destruyen al pequeño comercio de barrio donde prevalecen las relaciones comerciante-cliente que le dan a las personas de la tercera edad cierta autonomía para allegarse alimentos básicos. Esto es más grave en las ciudades americanas, especialmente en Estados Unidos, pero con tendencia dominante en América Latina.

d. En Europa en algunas ciudades subsiste el pequeño comercio aunque con grandes dificultades por el alza de los alquileres, pago de impuestos y la imposibilidad de competir contra los monstruos monopólicos. Tendrían que protegerse con políticas públicas estos establecimientos que aún sobreviven. En Madrid, por ejemplo, al menos en algunos barrios, los bares acogen a hom-

bres ancianos durante lapsos importantes lo cual tiene una función social primordial, también hay algunos parques donde hay mesas para jugar cartas, dominó o ajedrez, si el clima lo permite. De esto se deriva la propuesta de la necesidad de la generalización de Centros de Barrio con infraestructura sencilla (baños accesibles, sillas y mesas y protección contra inclemencias del tiempo) ayudarían mucho a mantener la convivencia entre adultos mayores y en consecuencia la salud mental.

e. En las zonas rurales latinoamericanas, particularmente, entre las culturas indígenas latinoamericanas se mantiene el sentido de comunidad, donde prevalecen tradiciones y aunque dramáticamente empobrecidos se siguen ayudando, aunque cada día más difícil por la emigración de los jóvenes activos. Pero en el ámbito urbano no se ha desarrollado ese sentido comunitario que es necesario fomentar.

En síntesis, se tiene que trabajar sobre estas instancias de manera combinada porque la dimensión del problema lo requiere.

2.4. EPÍLOGO

Dos estrofas de la canción “Llegar a viejo” de Joan Manuel Serrat:

Y después de darlo todo
—en justa correspondencia—
todo estuviese pagado
y el carné de jubilado
abriese todas las puertas...

Si no estuviese tan oscuro a la vuelta de la esquina... o simplemente si todos entendiésemos que todos llevamos un viejo encima.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRIAGADA, Irma (2010): "Familias sin futuro o futuros de las familias". En Susana Lerner y Lucía Melgar (coordinadoras), *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. El Colegio de México y Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM, 2010.
- CEPAL (2009): *América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico*. Año IV, núm. 7, abril 2009.
- ECHARRI CÁNOVAS, Carlos Javier (2009): "Estructura y composición de los hogares en la Endifam". En Cecilia Rabell Romero (coordinadora), *Tramas familiares en México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*. México. IIS/UNAM-DIF-El Colegio de México.
- ECHARRI CÁNOVAS, Carlos Javier (2010): "Hogares y Familias en México: una visión sociodemográfica". En Susana Lerner y Lucía Melgar (coordinadoras). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. El Colegio de México y Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM.
- HAKKERT, Ralph y Guzmán, José Miguel (2004): "Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina". En Marina Ariza y Orlandina de Oliveira, *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*". Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 479-517.
- JUSIDMAN, Clara (2010): "¿Políticas gubernamentales o políticas públicas? Algunas reflexiones para el cambio". En Susana Lerner y Lucía Melgar, (coordinadoras), *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. El Colegio de México y Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM.
- LERNER, Susana y Lucía Melgar (2010): "Realidades de las familias en México: diversidades, transformaciones y retos". En Susana Lerner y Lucía Melgar (coordinadoras), *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. El Colegio de México y Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM .

3. DIFERENCIAS AUTONÓMICAS EN LOS SISTEMAS DE CUIDADO EN ESPAÑA: EL CASO DE ANDALUCÍA

M. Isabel García Rodríguez*¹
Eduardo Moyano Estrada*

3.1. INTRODUCCIÓN

La invitación de la Fundación Carolina es una excelente ocasión para reflexionar sobre una realidad que afecta y afectará al conjunto de los ciudadanos y ciudadanas como es el cuidado, ya sea porque se presta ya porque se recibe. Nos centraremos en la realidad de Andalucía, Comunidad que, si bien no difiere significativamente de las otras, presenta algunos rasgos propios. Para exponerlos de manera sistemática, hemos utilizado fuentes estadísticas, legislación, la investigación titulada *La desfamilización para un nuevo modelo productivo: análisis de las políticas familiares de la Junta de Andalucía* y una selección de bibliografía relacionada con el tema que nos ocupa.

El uso del término “cuidado” debe ser tomado con cautela. La realidad a la que hace referencia está constituida por dimensiones objetivas y subjetivas; se puede utilizar para conocer quién realiza determinadas tareas y medir el tiempo empleado en su desarrollo, pero también se puede utilizar para conocer y comprender las consecuencias de esta actividad sobre el estado de ánimo y la salud de quienes las realizan, o para conocer sus condiciones de vida: sociales, económicas, laborales, etc. Su aplicación al análisis de la realidad social supone investigar alguna dimensión de un fenómeno que moldea realidades complejas, cuyos efectos son individuales y sociales, de género y de clase social, entre otros.

El uso del término viene siendo discutido en diferentes ámbitos académicos (Martín, 2008), entre otros el feminista, en los que se trata de aquilatar con más precisión cuáles son las diferentes realidades que subyacen al término cuidado, quienes son los/las principales afectados por la organización del mismo y, si caben alternativas para intervenir, decidir cuáles son las más eficientes teniendo como objetivo la igualdad.

No obstante, el texto que nos ocupa no pretende ser tan exhaustivo, ni establecer una discusión respecto al uso del término. Nuestro objetivo es presentar el Sistema de Cuidados en Andalucía, cómo se estructura y cómo se articulan los recursos destinados al cuidado en la Comunidad desde que se implantó el Sistema de Atención a la Dependencia (en adelante SAAD), para lo cual asumiremos que el cuidado es la herramienta que permite identificar y describir las actividades y prácticas sociales encaminadas a asegurar la supervivencia básica de las personas a lo largo de su vida (Tobío, 2010).

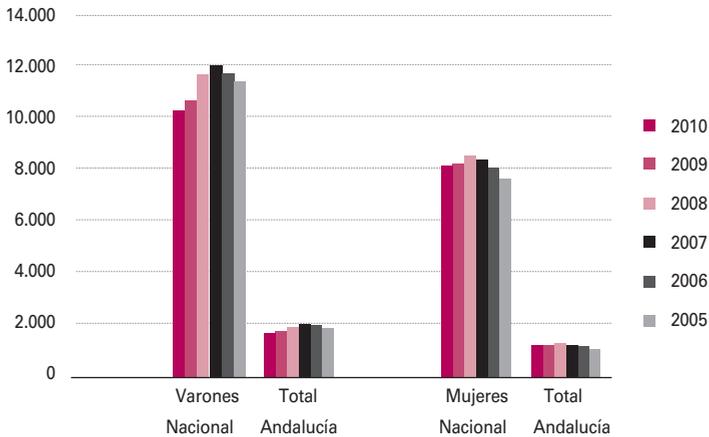
En primer lugar y en general, haremos referencia al contexto social que provoca el debate sobre los cuidados. En segundo lugar, mostraremos el sistema de cuidados en Andalucía como el espacio en el que confluyen los agentes del agregado de bienestar (Moreno, 2009) Estado, Mercado y Familia, en el que cada uno participa con un peso relativo muy diferente. En tercer lugar, centraremos nuestra atención en el Sis-

* Instituto de Estudios Sociales Avanzados, IESA-CSIC.

¹ La autora agradece la financiación de la investigación a la Fundación Centro de Estudios Andaluces bajo el contrato PRY031/10.

GRÁFICO 1. Ocupados por sexo y Comunidad Autónoma. Valores absolutos.

Unidad: miles de personas



Fuente: Encuesta de población activa. Serie 2005-2010. Medias de los cuatro trimestres del año. INE.

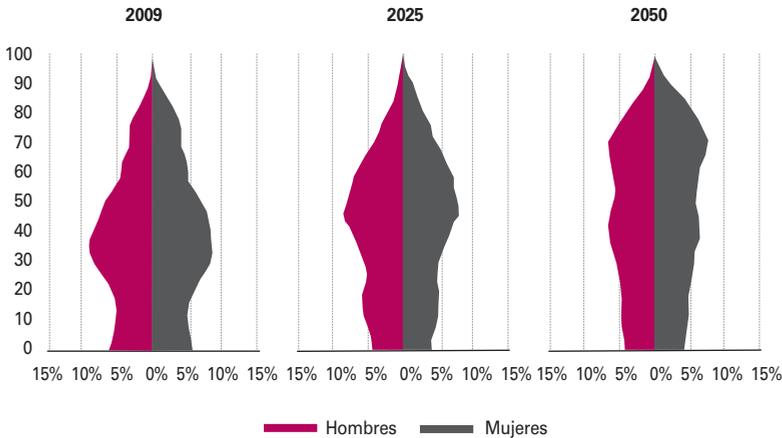
tema de Cuidados diseñado por Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia y sus principales resultados, teniendo en cuenta en este último caso, algunos aspectos del discurso de los andaluces respecto a las políticas sociales de la Junta de Andalucía con dimensión familiar clara, es decir, que apoyan a diferentes modelos de familia en sus tareas de cuidado². Se trata de resultados provisionales de la investigación: *La Desfamilización para un nuevo modelo productivo. Análisis de las políticas familiares de la Junta de Andalucía*.

El debate sobre la necesidad e importancia que han adquirido los cuidados en la actualidad, está directamente relacionado con

el proceso de cambio social iniciado hace décadas, en el marco de transformación de las sociedades industriales occidentales en sociedades avanzadas postindustriales. Durante su desarrollo se han generado nuevos escenarios en los que procesos como la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, el avance del envejecimiento demográfico de la población o el cambio producido en la consideración de la familia y en la estructura y tamaño de los hogares, transforman circunstancias que antes eran individuales y podían ser resueltas en el entorno familiar en Nuevos Riesgos Sociales (Beck, 1998), por tanto, afectan al conjunto social y deben ser resueltas con la participación fundamental de los poderes públicos. Veamos cada uno de estos escenarios.

² Resultados provisionales de la investigación *La Desfamilización para un nuevo modelo productivo. Análisis de las políticas familiares de la Junta de Andalucía*, PRY031/10, financiado por la Fundación Centro de Estudios Andaluces, convocatoria de 2010.

FIGURA 1. Proyecciones de población en Andalucía 2009-2050



Fuente: Proyecciones de Población para el Libro Blanco del Envejecimiento Activo en Andalucía, 2010. IEA.

a. La incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo ha supuesto un incremento de la población activa femenina cada año en una proporción algo mayor que la tasa masculina, hasta alcanzar el 50,6% en Andalucía y el 52,26% en el conjunto nacional³. En los últimos años ha disminuido algo, coincidiendo con el descenso de la tasa masculina a partir de 2008, momento en el que se empiezan a hacer visibles los efectos de la crisis sobre el empleo.

Es evidente que la participación de las mujeres en el empleo no es una situación coyuntural, sino más frecuente cada vez, y esto supone que la organización de la vida cotidiana se vuelva mucho más compleja, tanto, que la organización de las tareas y cuidados se ha transformado en una tarea en sí misma.

Sin embargo, la articulación entre los proyectos laborales de hombres y mujeres con las tareas de cuidado no se ha planteado como una meta necesaria y posible en el corto/medio plazo. Las actuaciones y los recursos que facilitan en alguna medida esta situación están fragmentadas y carecen de suficiente apoyo público y financiero, por tanto su intensidad protectora y cobertura son débiles, de modo que se produce un retorno al apoyo informal (PRY031/10). Cabe prever que sin la organización de un sistema integrado de recursos y servicios para atender las necesidades de cuidados del espacio doméstico con la participación de ciudadanos y ciudadanas, se producirán algunos escenarios cuyos efectos sobre la situación demográfica, la igualdad o los sistemas de protección social serán inciertos.

³ Tasas de Actividad por sexo y Comunidad Autónoma. Encuesta de Población Activa para el periodo 2005-2010. Media de los cuatro trimestres del año. INE.

b) El cambio en el escenario demográfico, caracterizado por el envejecimiento de la población, especialmente entre los más longevos, que viven la etapa que se ha dado en llamar *envejecimiento del envejecimiento*, nos plantea la posibilidad de que se incremente la demanda de cuidados de larga duración con dedicación intensiva. Andalucía no es una excepción en este proceso, como muestran las proyecciones de población en 2025 y 2050, aunque su evolución es algo más lenta.

c) El proceso de individualización propio de las sociedades posindustriales

afecta al modelo familiar en diferentes formas. Una de ellas supone el incremento en la diversidad de modelos familiares, de modo que aumenta el número de hogares monoparentales o reconstituidos. Otra consecuencia es la reducción del tamaño de los hogares, como indica el incremento de hogares unipersonales. Este proceso nos sitúa frente a la realidad de unos hogares que necesitarán cuidados y atención en ausencia de redes familiares y comunitarias con capacidad suficiente para asumir dichas tareas, si el contexto que generan las políticas sociales actuales se mantiene constante. El

TABLA 1. Evolución de los hogares en Andalucía 2000 - 2009

	2000		2009	
	Miles hogares	%	Miles hogares	%
Hogares familiares	1.906,0	85,5	2.340,1	81,4
Pareja en núcleo	1.668,2	87,5	2.015,7	86,1
Con hijos	1.300,1	77,9	1.414,9	70,2
Sin hijos	368,1	22,1	600,8	29,8
Monoparentales con hijos				
dependientes	51,9	2,7	91,7	3,9
De madre sola	44,7	86,1	80,6	87,9
De padre solo	7,2	13,9	11,1	12,1
Otros	186,0	9,8	232,7	9,9
Hogares no familiares	312,1	14,1	536,2	18,6
Unipersonales	265,9	85,2	459,3	85,7
Mujeres	170,4	64,1	257,4	56,0
Hombres	95,5	35,9	201,9	44,0
Otros	46,2	14,8	76,9	14,3
Con dependientes	5,3	11,5	9,3	12,1
Sin dependientes	40,9	88,5	67,6	87,9
TOTAL	2.218,2	100	2.876,3	100

Fuente: Explotación de la Encuesta de Población Activa del INE. IEA.

análisis de la Encuesta de Población Activa 2000-2009, nos permite conocer la medida del cambio que se ha producido en los hogares en los últimos años. Como vemos, las familias nucleares con dos hijos han reducido su proporción, pero se ha incrementado la de hogares unipersonales y monoparentales.

En definitiva, nos encontramos en un escenario en el que se producen nuevas situaciones de riesgo social, definidas por la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo sin que se haya producido la participación sistemática de los hombres en la responsabilidad del espacio doméstico y sin la colaboración necesaria del sector empresarial (PRY031/10). Al tiempo, se plantea como hipótesis que el envejecimiento de la población aumentará la proporción de ciudadanos que necesitarán cuidados de larga duración, pero las transformaciones producidas en la familia, dificultarán el funcionamiento del modelo actual de cuidados, que se fundamenta principalmente sobre el cuidado informal proporcionado por mujeres o *dependientes de segundo orden* (Serrano, 2004). La confluencia de estas situaciones plantea un escenario incierto que lleva a algunos autores a expresar su preocupación por la existencia de una crisis de cuidados y los modos en que ésta se gestiona (Setien, 2009).

A continuación mostraremos cómo se organiza y quién desempeña el trabajo de cuidado en Andalucía y algunos resultados de gestión del sistema formal que comenzó su andadura en 2006.

3.2. SITUACIÓN DEL TRABAJO INFORMAL DE CUIDADO EN ANDALUCÍA

En los países mediterráneos, la generación de bienestar social está asociada a una fuerte participación de la familia en la socialización y apoyo emocional de sus miembros, en la provisión de recursos y en la prestación de servicios a aquellos que lo necesitan, mayores o menores dependientes y enfermos. Este Régimen de Bienestar está compuesto por diferentes actores que, de manera agregada (Esping-Andersen, 2000), son responsables de la provisión de recursos y prestación de servicios, asumiendo como criterio para su funcionamiento una fuerte segregación de espacios y roles, así como la responsabilidad de las mujeres en la organización y ejecución de las tareas del espacio doméstico-privado construido (Murillo, 2006), que incluye la realización de las tareas de cuidado.

En Andalucía como en España el sistema de cuidado se articula a través de la combinación de cuidados informales y formales, que se prestan en el ámbito familiar o en establecimientos residenciales públicos o privados, estos últimos procedentes del mercado.

A pesar de los avances experimentados por la sociedad andaluza en las últimas décadas, concretados en la incorporación de las mujeres al empleo y su permanencia en el mismo después de formar un hogar, la participación de éstas en el sistema educativo o el incremento de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años (4,1 y 3,7 años en mujeres y hombres respec-

TABLA 2. Quién presta ayuda en Andalucía

Total	Familiares	Amigos, vecinos	Pesona remunerada	Ayuda a domicilio	Voluntarios
78,5	87,3	6,2	17,3	3,5	0,1

Fuente: Dependencia y Solidaridad en las Redes Familiares de Andalucía, 2005. IEA.

Base: Necesitan ayuda y la reciben. Población Andaluza que necesita ayuda: 10,8%.

tivamente)⁴, etc., la familia continúa siendo la principal institución responsable e implicada en la atención a las situaciones de dependencia o necesidad que afectan a sus miembros.

Como muestra la investigación *Dependencia y Solidaridad en las Redes Familiares de Andalucía*, la familia es quien presta mayoritariamente los cuidados a la población que los necesita, mientras que los otros elementos que componen el agregado de bienestar tienen un peso relativo bastante menor en estas tareas. El mercado solo llega al 17,3% de la población y el sector público tan solo al 3,5%.

Las referencias a la familia como elemento del agregado de bienestar, oculta las desigualdades de género y la asimetría en las relaciones intrafamiliares, dado que son las mujeres quienes se ocupan mayoritariamente de las tareas de cuidado. El 70% de las mujeres andaluzas atiende necesidades básicas y las tareas relacionadas con el hogar cuando algún miembro de su familia necesita ayuda⁵.

Visto de este modo, podría decirse que nuestro modelo familiar responde al tipo

de *familia parsoniana* (Fromm *et al.*, 1998) en la cual el hombre es el responsable del sostén económico del hogar, a través del ejercicio de las relaciones productivas y económicas familiares, mientras que las mujeres son las responsables del mantenimiento del hogar y de las relaciones familiares. Este modelo de familia, de *male breadwinner* (Moreno, 2009) se encuentra en proceso de cambio, paulatinamente se va transformando en un modelo más simétrico.

El discurso social mayoritario legitima este proceso de cambio en el modelo familiar, pues la situación preferida por españoles y andaluces es la participación de hombres y mujeres en el mercado de trabajo y la simetría en las relaciones de género en el ámbito intrafamiliar.

El 67,6% de los españoles/as prefiere mayoritariamente una *familia en la que los dos miembros de la pareja tengan un trabajo remunerado con parecida dedicación y ambos se repartan las tareas del hogar y el cuidado de los hijos si los hay*⁶. La población andaluza también muestra su preferencia por un modelo familiar de doble ingreso

⁴ Movimiento Natural de la Población, INE, 2010.

⁵ Dependencia y relaciones familiares en Andalucía 2005. IEA.

⁶ CIS, Estudio 2.844. Barómetro de septiembre, 2010.

TABLA 3. Modelo ideal de familia en Andalucía

	Total	Hombres	Mujeres
Una familia en la que el hombre y la mujer trabajen fuera de casa y se repartan las tareas del hogar y el cuidado de los hijos/as	72,4	68,8	75,7
Una familia en la que la mujer trabaje a tiempo parcial y se ocupe de la mayor parte de las tareas del hogar y cuidado de hijos/as	9,4	8,8	10,1
Una familia en la que solo trabaje el hombre y la mujer se ocupe de las tareas del hogar y el cuidado de los hijos/as	13,8	17	10,7
La madre o el padre viviendo solo/a con sus hijos/as y con trabajo a tiempo completo	0,7	0,6	0,8
Vivir solo/a y sin hijos	1,2	0,7	0,7
Otras	0,9	0,6	0,6
NS/NC	1,7	1,8	1,6
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Barómetro de Opinión Pública de Andalucía, 2010.

procedente del empleo de ambos miembros de la pareja, corresponsables de la gestión del hogar. La segregación de espacios y roles así como el empleo femenino a tiempo parcial, en cambio, son preferencias minoritarias entre los andaluces y andaluzas.

A pesar de la legitimidad social que alcanzan la simetría entre los miembros de la pareja y la corresponsabilidad en la definición del hogar ideal, estas preferencias no se materializan posteriormente en las prácticas sociales desarrolladas en la cotidianidad de los individuos, aún alejadas de este modelo. Incluso en la gestión de la “bolsa común” en parejas que forman ho-

gares de doble ingreso, las mujeres muestran menor capacidad de negociación que los hombres (Ibáñez, 2008) y su mayor especialización en la gestión del hogar.

Las mujeres se dedican a las labores del hogar en exclusiva en mayor medida que los hombres, aunque se vienen produciendo algunos cambios en los últimos años en el desempeño de estas actividades.

En números absolutos, podemos ver cómo desde 2005 se está produciendo un descenso del número de mujeres inactivas dedicadas a estas labores exclusivamente en Andalucía, mientras que entre los hombres

TABLA 4. Inactivos por clase principal de inactividad y sexo en Andalucía.
Unidades: miles de personas

	Población inactiva dedicada a labores del hogar		
	Varones	Mujeres	Ambos
2005	45,9	969,4	1.015,3
2006	50,1	932,6	982,7
2007	57,1	923,8	980,9
2008	53	890,6	943,6
2009	61,4	824,7	886,1
2010	61,2	783,3	848,6

Fuente: Encuesta de población activa. Serie 2005-2010. Medias de los cuatro trimestres del año. INE.

andaluces el número se incrementó en 2009. En nuestra opinión, este efecto no está indicando un cambio en las preferencias masculinas, sino que se trata de un efecto coyuntural producido por el desempleo en un contexto de crisis prolongada. El cambio que sí nos parece significativo es el descenso en el número de mujeres, continuado, que, junto con el incremento en las tasas de población activa femenina, nos hace suponer que las preferencias de las mujeres se encuentran en proceso de cambio. Este descenso podría ser interpretado como un indicador de la disminución del valor social del trabajo doméstico como ocupación principal y de la toma de conciencia por parte de las mujeres del riesgo de vulnerabilidad y exclusión social que supone para ellas permanecer al margen del mercado de trabajo (PRY031/10).

Desde hace tiempo, en el ámbito científico se viene elaborando la Cuenta Saté-

lite de la Producción de los Hogares⁷, que proporciona una imagen global de las actividades productivas de los hogares (Durán, 2006) y, una vez cuantificada su importancia económica, nos parece que el reconocimiento social del valor de las tareas de cuidado es imprescindible para avanzar hacia un cambio de modelo y hacia una sociedad más igualitaria, porque el tiempo es el recurso que más utilizan los hogares en sus actividades económicas y no está remunerado (Durán, 2006).

Por otra parte, en el espacio doméstico las mujeres aún no se han emancipado de la parte de responsabilidad que no les corresponde y que no es compartida con sus parejas masculinas. Hombres y mujeres emplean el tiempo en actividades diferentes y a cada una les asignan diferentes tiempos medios también. De nuevo, los datos indican que las mujeres se en-

⁷ La Cuenta Satélite de Producción de los Hogares son un ejercicio contable que pretende completar las prácticas contables existentes. Trata de arrojar algo de luz sobre un ámbito de los procesos económicos por lo general poco o mal estudiados –a menudo directamente ignorado–, dentro del sistema de Contabilidad Nacional (Durán, 2005).

TABLA 5. Porcentaje de personas que realizan la actividad en el transcurso del día y duración media dedicada a la actividad por dichas personas

Actividades Principales	Hombres		Mujeres	
	% de Personas	Duración Media diaria	% de personas	Duración Media diaria
Cuidados personales	100,0	11:35	100,0	11:29
Trabajo remunerado	38,6	7:54	28,6	6:35
Estudios	14,4	5:27	15,1	5:09
Hogar y familia	74,4	2:28	92,2	4:25
Trabajo voluntario y reuniones	9,1	2:01	14,4	1:43
Vida social y diversión	56,0	1:49	58,1	1:38
Deportes y actividades al aire libre	41,8	1:57	35,1	1:33
Aficiones e informática	36,0	2:02	23,6	1:37
Medios de comunicación	87,7	3:08	89,0	2:51
Trayectos y empleo del tiempo no especificado	87,4	1:25	82,0	1:21

Fuente: Encuesta de Empleo del Tiempo, 2009-2010. INE.

cargan en mayor medida que los hombres del espacio doméstico: *familia y hogar* y que también le dedican un tiempo medio mayor.

Las mujeres destinan un tiempo medio menor al trabajo remunerado y a actividades relacionadas con el ocio y los intereses personales, por tanto, el compromiso con la gestión y mantenimiento del cuidado familiar sigue teniendo un peso importante en sus vidas, lo cual repercute directamente sobre la organización y funcionamiento del sistema formal de cuidado.

De hecho, la proporción de mujeres que ocupan trabajos a tiempo parcial para poder ocuparse también de cuidar a los/as niños/as y personas enfermas o dependientes es muy superior a la proporción de hombres en las mismas circunstancias.

En la tabla 6 se puede observar la magnitud de la diferencia entre ambos grupos. Esta circunstancia incrementa los niveles de vulnerabilidad social de las mujeres, debido a la mayor precariedad de sus condiciones laborales y a la asimetría en la distribución de la doble jornada, que asumen para "cuidar". Los efectos de estas circunstancias sobre las condiciones sociales de las mujeres son clave: se produce una merma de los ingresos, pues trabajan más y cobran menos, ya que la doble jornada se realiza gratuitamente, al tiempo que pierden derechos sociales debido a su integración parcial en el mercado de trabajo. Esta situación está reforzada por discursos sociales atávicos y por normas contemporáneas, de modo que se van produciendo avances pero también retrocesos.

TABLA 6. Ocupados a tiempo parcial por motivo de la jornada parcial y sexo.

Unidades: miles de personas

Año	Varones	Mujeres	Ambos
2011 IT	11,00	314,7	325,7
2010 IT	11,00	306,7	317,7
2009 IT	7,8	356,5	364,3
2008 IT	5,8	363,9	369,7
2007 IT	5,5	348,7	354,2
2006 IT	6,5	300,9	307,4
2005 IT	14,2	293,2	307,4

Fuente: Encuesta de Población Activa. 2005-2011, IT. INE.

3.3. LA TRAYECTORIA DEL CUIDADO FORMAL EN ANDALUCÍA

Como apuntamos en el epígrafe anterior, los cuidados informales tienen un peso importante en el conjunto del sistema debido, en parte, a la ausencia histórica de políticas, instituciones y estructuras destinadas a ese menester. Pero también se debe, en nuestra opinión, al sistema de valores sociales y actitudes que subyacen a las estrategias que se ponen en marcha para “cuidar” (Flaquer, 2004). Y ambas se retroalimentan, porque en el desempeño de estas tareas generalmente intervienen factores como la necesidad económica, el afecto o la responsabilidad junto a cuestiones de naturaleza más simbólica. Para modificar esta situación es necesario el relevo generacional junto el cambio en los discursos de los agentes de socialización, así como un diseño más adecuado de las políticas públicas (Gracia, P. y Bellani, D.). La actual política de cuidados, en términos generales, aborda situaciones que tienen las siguientes características:

a. Las necesidades de cuidado suelen prolongarse en el tiempo hasta transformarse en una situación que requiere cuidados de larga duración, especialmente cuando se trata de personas mayores o de enfermos crónicos. La continuidad en los cuidados es la que determina, precisamente, que el componente residencial sea muy importante (Stone, 2000), porque puede ser decisivo en la provisión del tipo de recurso a utilizar: residencias, ayuda a domicilio u otros.

b. Se trata de tareas que para su desempeño no requieren una gran complejidad tecnológica o un elevado grado de conocimientos, si bien, el avance de la tecnología está exigiendo cada vez más cualificación y especialización a los cuidadores formales e informales (Casado, 2001) al tiempo que se promueve la autonomía personal mediante el uso de ayudas técnicas y adaptaciones funcionales del hogar (PRY031/10).

La necesidad de atender determinadas situaciones a través de cuidados formales, se recoge en la Constitución Española de 1978, aunque no ha sido hasta hace pocos años, cuando se ha diseñado e implementado un Sistema Nacional, específico, que ha sido dado en llamar “cuarto pilar del Estado de bienestar”, expresión sobre la que albergamos algunas reservas y que expondremos más adelante.

Como decíamos, estas situaciones tienen una mención en la CE de 1978, en los artículos 40 y 50 respectivamente. En concreto, hacen referencia a los “disminuidos

físicos, sensoriales y psíquicos” y a la “Tercera Edad” como sujetos susceptibles de ser protegidos por los poderes públicos. Se trata, a fin de cuentas, de grupos que requieren buena parte de la actividad de cuidado de larga duración.

La protección a dichos grupos se emprende teniendo en cuenta la articulación territorial del Estado vigente en el marco constitucional, que reconoce a las Comunidades Autónomas como las titulares de las competencias en materia de Servicios Sociales (art 148.20) y Sanidad (art. 148.21), es decir, son responsables de la prestación de los servicios relacionados con el cuidado en el territorio, y por tanto, de sus estructuras.

Años después, en 1988, se firma el Plan Concertado de Servicios Sociales entre la Administración Central, las Comunidades Autónomas y los Entes Locales, con la intención de establecer y consolidar una Red Básica de Servicios Sociales dirigidos a toda la población, asumiendo cada uno de los niveles territoriales la responsabilidad de financiar al menos un tercio del coste total. Este Plan garantiza, en forma de prestación básica, uno de los servicios pioneros en atención en el domicilio a personas en situación de dependencia o con discapacidad: la Prestación Básica de Ayuda a Domicilio.

La existencia de un Sistema de Servicios Sociales de responsabilidad pública supone

un avance cualitativo respecto a los mecanismos de atención asistencial previa procedentes de la beneficencia, pero no genera un sistema nacional ni autonómico de atención a la dependencia o de cuidados, solo atiende determinadas situaciones y de manera heterogénea. La Prestación es una competencia municipal que cada Ayuntamiento organiza según sus criterios. En Andalucía, esta situación ha dado lugar a diferencias intermunicipales⁸ en el acceso al servicio, pues en unas la Prestación se gestiona como un derecho de ciudadanía y en otras no.

Las leyes de Servicios Sociales aprobadas posteriormente por las Comunidades Autónomas para desarrollar su marco competencial, los diferentes planes de actuación dirigidos a intervenir sobre determinados colectivos y las distintas Políticas para atender situaciones de dependencia o falta de autonomía personal (Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas), tampoco fueron capaces de articular un sistema o una red de recursos con un grado de protección suficiente para afrontar los cuidados de larga duración o los que requieren las personas dependientes.

Cada Comunidad, pues, es competente para legislar sobre políticas sociales en su territorio, lo cual genera cierta fragmentación en el conjunto de España⁹, al depender su existencia e implementación, mayoritariamente, de las circunstancias polí-

⁸ Entre los municipios de más de 20.000 habitantes que tienen competencia sobre los Servicios Sociales Comunitarios. En los municipios de menos de 20.000, la competencia recae sobre las Diputaciones Provinciales.

⁹ Actualmente existe un debate interesante respecto a la recentralización de los Servicios Sociales, en el que se ponen de manifiesto algunos problemas derivados del diseño del Sistema, y propuestas que incluyen la elaboración de una Ley Básica de Servicios Sociales.

ticas y financieras del momento. En cada Comunidad, las políticas sociales han experimentado un grado de desarrollo desigual a la vez que, internamente, están condicionadas por la existencia de dos niveles de atención: el básico y el especializado, competencia de las administraciones Municipal¹⁰ y Autonómica respectivamente.

En 2004 la Junta de Andalucía aprobó la Orden de 9 de Marzo de 2004, por la que se publica un texto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, integrador de los Decretos 18/2003 de 4 de febrero, y 7/2004 de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. Esta orden refuerza los recursos y servicios propios de la administración autonómica para atender situaciones de dependencia, ampliar los recursos de respiro familiar y residencial, prestar atención a la salud en el domicilio, atender situaciones crónicas de cuidado y facilitar la conciliación entre vida laboral y familiar.

Hasta 2006 pues, el sistema formal de cuidado en Andalucía estaba conformado, fundamentalmente por la Prestación Básica Concertada de Ayuda a Domicilio y por los recursos del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, de la Junta de Andalucía.

Desde los años 90 había cobrado importancia el debate sobre la necesidad de establecer un derecho de ciudadanía que garantizara la atención a las personas dependientes, pues obviamente, la dedicación plena de las mujeres a la ejecución de tales tareas había disminuido durante esos

años y se preveía una evolución similar en el futuro. En 1999 el debate sobre la atención a la dependencia se incorpora a la agenda política y se proponen varias alternativas para organizar un sistema de protección. La posibilidad de utilizar el Sistema de Seguridad Social como elemento que vehiculara el SAAD, el diseño de un sistema de seguro público y la posibilidad de poner en marcha un sistema de seguro privado exclusivamente, fueron algunas de las alternativas propuestas en las negociaciones entre los actores sociales, que encontraron algunos escollos para alcanzar un acuerdo sobre el diseño final.

La publicación del Libro Blanco de la Dependencia pone de manifiesto la magnitud del problema y expone claramente la necesidad de poner en marcha un sistema de cuidado para atender a las situaciones de dependencia. En 2006 se aprueba la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que inicia la primera fase de implantación del sistema.

3.4. CUIDADO FORMAL EN EL ÁMBITO DE LA DEPENDENCIA

El Sistema Nacional de Atención a la Dependencia (SAAD) es un proyecto ambicioso y complejo, que aún se encuentra en fase de implantación. Expondremos a continuación algunos de los elementos que lo caracterizan con algún detalle y, posteriormente, mostraremos algunos datos sobre su proceso de implantación.

¹⁰ La Ley Reguladora de Bases del Régimen Local de 1985 ya atribuye competencias en materia de Servicios Sociales a los Ayuntamientos mayores de 20.000 habitantes

Definición y principios del Sistema

La Ley 39/2006 consagra el derecho universal a la atención a las situaciones de dependencia tanto a personas mayores como menores. Con su implantación se articula el Sistema para la Autonomía Personal en el que intervienen los tres niveles territoriales del Estado, a través de sus Administraciones Públicas, cada una de las cuales contribuye bien a la financiación, bien a la dirección, planificación y gestión de los servicios en el territorio o bien a la prestación de los mismos. La integración del Sistema en la estructura administrativa de las Comunidades no se ha producido de manera homogénea. En Andalucía, se ha integrado en la estructura de los Servicios Sociales Básicos¹¹ mientras que en otras como Extremadura o Valencia, no ha sido así. En este sentido, Andalucía ha sido eficiente en la forma de implantación del sistema y más adelante veremos que también lo ha sido en el ritmo. Como señala Jacobzone (1999) respecto a los sistemas de cuidados implementados en otros países antes que en el nuestro, la orientación mayoritaria en el entorno de la OCDE ha sido la de situar a nivel local la gestión de los servicios públicos destinados a personas dependientes por considerarse que los ayuntamientos podían valorar y gestionar las necesidades de los ciudadanos de

modo más preciso que los niveles de gobierno superiores. Esta estrategia ha permitido implantar la ley sin adoptar grandes cambios administrativos, pues los servicios sociales básicos habían sido hasta el momento los responsables de dicha atención social en el territorio.

Entre los rasgos más característicos del Sistema, destacamos los que siguen porque, en nuestra opinión, son los que mejor lo representan en el momento actual, después de unos años de vigencia pero aún en proceso de implantación, ya que el calendario prevé la conclusión del mismo en 2013/14, con la integración del grupo de dependencia moderada, grado I.

a. En primer lugar, el carácter público de las prestaciones y el enfoque universal de la Ley, que garantiza el acceso al Sistema a todos los titulares del derecho. Estos/as son todas las personas que se encuentren en situación de dependencia en alguno de los grados y niveles establecidos¹², siempre que resida en España y lo haya hecho al menos cinco años antes. Nos parece muy relevante este hecho, dados los intereses y posiciones tan dispares que se manifestaron en los encuentros previos al diseño de la Ley entre los agentes sociales, alguno de los cuales expresó su prefe-

¹¹ Según la definición usada en la Escala para valorar la implantación y el desarrollo de la Ley en las CC.AA. Los grados son los siguientes: a) Ha desarrollado el Sistema de Atención a la Dependencia desde los servicios de proximidad, b) haciendo partícipes a las corporaciones locales en el desarrollo de la Ley desde la integración en la red de Servicios Sociales municipales, c) con un apoyo económico efectivo. V Dictamen del Observatorio para el desarrollo de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

¹² Para quienes careciendo de nacionalidad, reúnen los requisitos se registrarán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y deberes de los extranjeros en España y su integración social, en los tratados internacionales y en los convenios que se establezcan con el país de origen.

rencia por una opción de seguro privado.

b. La financiación del Sistema se realiza mediante impuestos generales, si bien, la Ley introduce la figura del copago en función de la capacidad económica de los beneficiarios/as. No obstante, la ley también prevé que ningún ciudadano quedará sin cobertura por motivos económicos.

c. La Ley cuenta con la participación de agentes públicos, privados y con las familias para proporcionar una adecuada provisión de servicios y recursos.

d. Introduce la perspectiva de género para abordar adecuadamente las necesidades específicas de hombres y mujeres, tan importantes para las personas dependientes y para las personas cuidadoras. De hecho, esta perspectiva es fundamental para la evaluación de la implantación y el funcionamiento del sistema.

e. Establece medidas de prevención y rehabilitación para mantener e incrementar los niveles de autonomía personal y establece, al igual que otras políticas relativas a los cuidados, como preferencia la permanencia de las personas en su domicilio cuando la situación así lo permita.

Configuración y articulación del Sistema

El Sistema diseñado por la LAAD, crea una red que integra centros y servicios públicos

y privados, previos y de generación posterior a la Ley, dispuestos de manera coordinada, para atender las necesidades de cuidado derivadas de las situaciones de dependencia, que se clasifican, según su gravedad, en los grados que siguen, con dos niveles cada uno: grandes dependientes, dependencia severa y dependencia moderada.

Financiación

La Ley garantiza la protección social en todo el territorio, de modo que la Administración General del estado Establece el nivel mínimo de protección. Un segundo nivel de protección se acuerda entre la Administración General del Estado y las Administraciones Autonómicas mediante la figura del Convenio, que recoge los acuerdos alcanzados sobre objetivos, medios y recursos necesarios para la aplicación de servicios y prestaciones. Se incrementa de ese modo el nivel mínimo de protección, pero la Ley aún prevé un tercer nivel de protección adicional por parte de cada Comunidad Autónoma.

Cooperación entre administraciones públicas

Para garantizar el principio de cooperación interadministrativa en la articulación del Sistema, se crea el *Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* formado por miembros del Ministerio y de las Comunidades –miembros de los Consejos de Gobierno¹³–, cuyas decisiones son las que dan homogeneidad al sistema, básicamente, pues entre ellas es-

¹³ Titulares de las Consejerías responsables de la competencia. En Andalucía, se trataría de la Consejera titular de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social.

FIGURA 2. Catálogo de Servicios y Prestaciones Económicas

Catálogo de servicios y prestaciones económicas de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia	
Catálogo de servicios	Prestaciones económicas
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de prevención de las situaciones de dependencia • Servicios de promoción de la autonomía personal • Servicio de Teleasistencia • Servicio de Ayuda a Domicilio <ul style="list-style-type: none"> - Atención a las necesidades del hogar - Cuidados personales • Servicio de Centro de Día y de Noche <ul style="list-style-type: none"> - Centro de Día para mayores - Centro de día para menores de 65 años - Centro de día de Atención Especializada - Centro de Noche • Servicio de Atención Residencial <ul style="list-style-type: none"> - Residencia de personas mayores en situación de dependencia - Centro de atención a personas mayores en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad <p>Regulados por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestación económica vinculada al servicio • Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales • Prestación económica de asistencia personal <p>La cuantía se acuerda en el Consejo Territorial y se aprueba por el Gobierno mediante Real Decreto</p>

Fuente: Ley 39/2006 de 14 de diciembre.

tán: determinar la intensidad y cuantía de servicios y prestaciones, establecer los criterios para la participación de los beneficiarios en el coste de los servicios – copago -, adoptar el baremo para la clasificación en el nivel y grado de dependencia, tomar decisiones relacionadas con la evaluación del sistema y facilitar y compartir datos.

Reconocimiento del derecho

Una vez configurado el sistema, es necesario establecer un mecanismo o procedimiento que reconozca el derecho de la persona beneficiaria, tomando como referencia la valoración de su situación. Este procedimiento se inicia con el Plan Indivi-

dual de Atención (PIA) que, en Andalucía, comienza en los Servicios Sociales Comunitarios y se resuelve en la administración autonómica, indicando grado y nivel de dependencia y los servicios o prestaciones que corresponden a la persona afectada.

Prestaciones económicas y catálogo de servicios

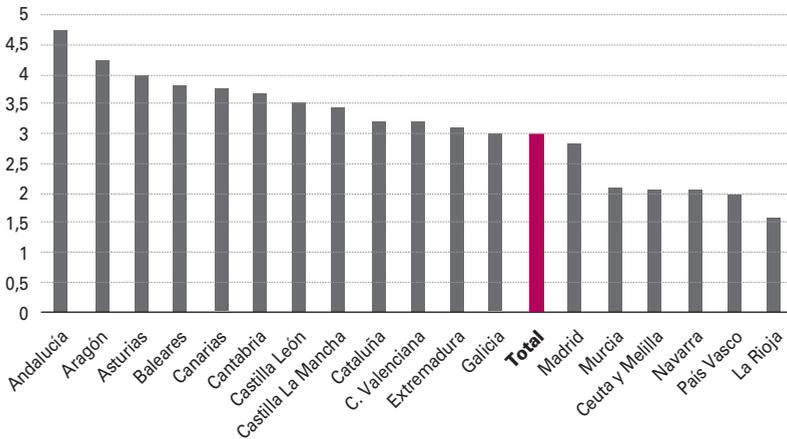
La ley expresa el carácter prioritario que tendrán los Servicios integrados en la Red del Sistema, aunque, si éstos no tuvieran capacidad para atender la demanda planteada, se prevé el uso de diferentes prestaciones económicas. No expondremos de manera detallada el catálogo de servicios ni los tipos de prestación económica que, en esquema, se muestran en la tabla que sigue, si bien, nos gustaría hacer referencia a dos cuestiones que están teniendo peso en la aplicación de la ley. En primer lugar, la diversidad de recursos es grande, lo cual nos lleva a pensar que la ley se propone atender las necesidades lo más individualizadamente posible, introduciendo de este modo un criterio de garantía de calidad. En segundo lugar, la posibilidad de que la persona dependiente, o su entorno familiar, tenga capacidad para decidir sobre el recurso más conveniente, en principio, parece redundar en el intento por adecuar los recursos a las necesidades y a la realidad de cada usuario. Sin embargo, la realidad muestra matices preocupantes en este punto, que dejamos planteado aquí, y sobre el que volveremos más adelante cuando mostremos los resultados de la aplicación de la Ley.

3.5. ALGUNOS RESULTADOS DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA

El sistema no está implantado en su totalidad, pero ya podemos hacer una valoración del proceso seguido hasta ahora. Las estadísticas sobre seguimiento y análisis de la implantación del Sistema son unas herramientas muy útiles para establecer comparaciones entre Comunidades Autónomas, y valorar aspectos como el ritmo con el que se incorporan las personas al sistema, las prestaciones que se entregan con más frecuencia y el perfil de los usuarios/as. Estos datos, entre otros, son los que mostraremos a continuación. En el gráfico 2, se muestran las solicitudes presentadas en relación a la población de cada Comunidad, entre las que destacan Andalucía, Aragón y Asturias como las más activas.

El gráfico 3, permite observar el ritmo de valoración y emisión de dictámenes, es decir, el ritmo de incorporación de los usuarios al sistema, de cuya agilidad dependerá la proporción de beneficiarios/as que hagan efectivo su derecho. Tras el reconocimiento del derecho, no todos los beneficiarios reciben la prestación o el servicio inmediatamente, se producen tiempos de espera para un conjunto de usuarios, que permanecen en lo que se ha dado en llamar el "limbo de la dependencia", que no es más que el número de personas con el grado y nivel de dependencia acreditado que las hace acreedoras al derecho de ser asistidas y que, no obstante, están a la espera de la asignación de un servicio o prestación en virtud del Plan Individual de Atención (Observatorio, 2010). El retraso en la

GRÁFICO 2. Solicitudes en relación a la población de las CC.AA.
Situación a 1 de Junio de 2011



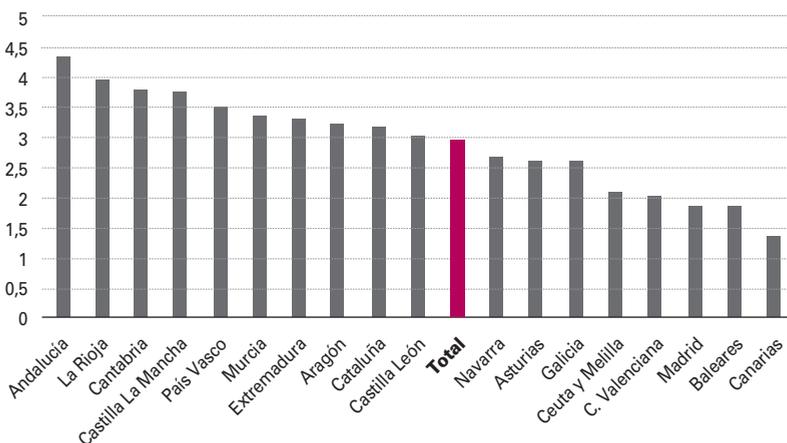
Fuente: Sistema de Gestión del SAAD. IMSERSO.

entrega de las prestaciones a los/as titulares del derecho afecta significativamente a la calidad del Sistema.

Andalucía, La Rioja y Cantabria son las Comunidades en las cuales los procesos de va-

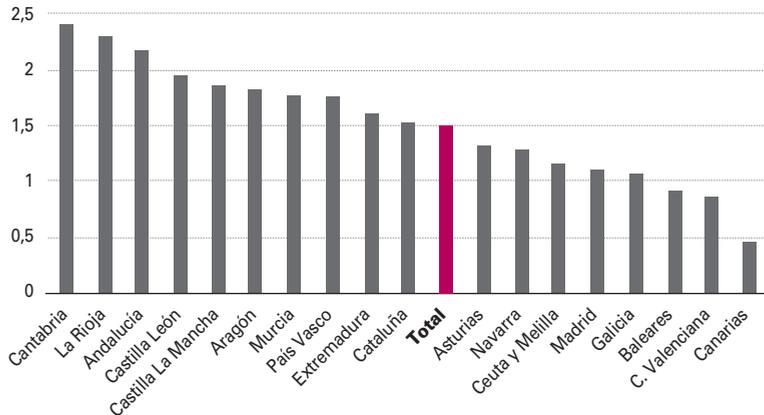
loración y emisión de dictámenes son más ágiles, lejos de Canarias, Baleares o Madrid, que son las menos ágiles. Hay que tener en cuenta que 2011-2012 es periodo de entrada al sistema para los ciudadanos con dependencia moderada de Grado I nivel 2, por

GRÁFICO 3. Dictámenes en relación a la población de las CC.AA.
Situación a 1 de Junio de 2011



Fuente: Sistema de Gestión del SAAD. IMSERSO.

GRÁFICO 4. Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CC.AA. Situación a 1 de Junio de 2011



Fuente: Sistema de Gestión del SAAD. IMSERSO.

lo que cabe esperar que a lo largo del año no se resuelvan por completo los tiempos de espera para hacer efectivo el derecho.

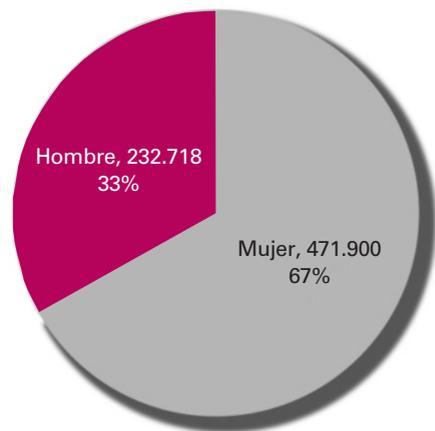
La agilidad del sistema puede ser valorada por el número de dictámenes emitidos y también por el número de personas beneficiarias con prestación. En este caso se encuentran en mayor proporción en Cantabria, La Rioja y Andalucía, siendo de nuevo Canarias, Baleares y, en este caso Valencia, las Comunidades que incorporan menos ciudadanos/as al sistema y a un ritmo más lento.

En general, Cantabria, La Rioja y Andalucía son aquellas en las que el Sistema ha alcanzado un grado de implantación más elevado.

En cuanto al perfil de los/as beneficiarios/as que perciben prestación, observamos en los gráficos 5 y 6 que, atendiendo al sexo,

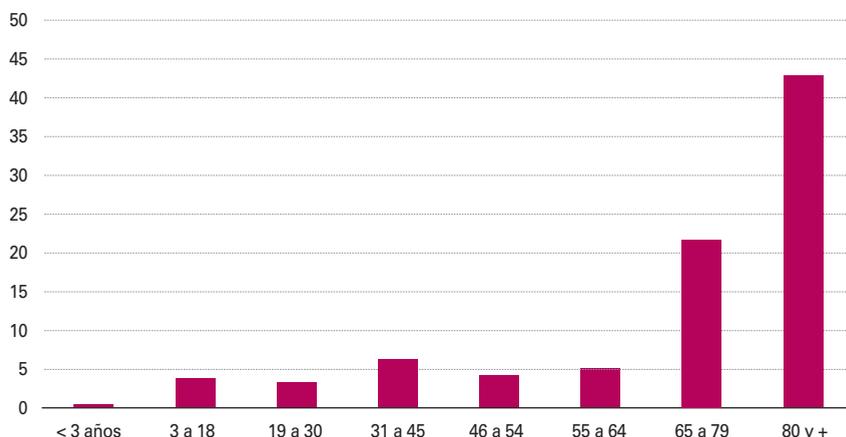
la proporción de mujeres es muy superior a la de hombres y, según la edad, la proporción más importante corresponde al intervalo de edad de 80 años y más, a distancia del segundo grupo, de 65 a 79. En definiti-

GRÁFICO 5. Perfil de la persona beneficiaria con prestación: sexo. Situación a 1 de Junio de 2011



Fuente: Sistema de Gestión del SAAD. IMSERSO

GRÁFICO 6. Perfil de la persona beneficiaria con prestación: edad
Situación a 1 de Junio de 2011



Fuente: Sistema de Gestión del SAAD. IMSERSO.

va, observamos que las mujeres son las que alcanzan unos niveles de dependencia más elevados, sobre todo en el tramo final de su vida. Su esperanza de vida a los 65 es superior a la de los hombres, lo que les permite alcanzar el tramo de edad que se ha dado en llamar “envejecimiento del envejecimiento”, que según las proyecciones del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, irá incrementándose en el futuro. Esta situación, a la que ya hicimos referencia al principio del texto, supone un argumento relevante, en nuestra opinión, para realizar una reflexión en torno al sistema de cuidados que la sociedad necesitará en el futuro: su grado de cobertura, su financiación, la intensidad protectora de sus servicios y prestaciones, etc, pero también habrá que tener en cuenta las necesidades de la población empleada que no tendrá opciones para atender a sus responsabilidades domésticas/ familiares y las consecuencias que esta situación

puede tener sobre variables como las tasas de fecundidad, los niveles de pobreza y exclusión social, la igualdad de género o el impacto sobre los sistemas de protección social, en particular el Sistema Sanitario y el de Seguridad Social.

En la tabla que sigue, se puede observar el uso de los recursos del Sistema en cada Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta las prestaciones y servicios entregados a cada uno/a de los beneficiarios/as.

Las prestaciones económicas suponen una proporción bastante elevada respecto al conjunto de opciones, se trata del recurso que se entrega con mayor frecuencia, a pesar de la preferencia por los servicios que expresa la ley. Entre Comunidades se aprecian diferencias interesantes, por ejemplo, Aragón muestra una preferencia muy sólida por las PECF¹⁴, que

¹⁴ Prestaciones Económicas por Cuidados Familiares.

TABLA 6. Prestaciones entregadas. Situación a 1 de Junio de 2011

	Servicios					Prestaciones económicas		
	Prevención	Teleasistencia	Ayuda a Domicilio	Centro Día/Noche	Atención Residencial	Vinculada al servicio	Cuidados Familiares	Asist. Personal
Andalucía	0	22,9	19,89	4,22	7,36	1,28	44,31	0,01
Aragón	0	0	0	3,7	13,75	19,3	63,26	0
Asturias	0	3,14	11,59	8,76	20,27	10,12	46,12	0
Illes Balears	0	0	0	6,01	18,74	3,93	71,31	0,01
Canarias	0,47	0	0	22,08	25,03	1,32	51,1	0
Cantabria	0	5,31	5,06	8,5	21,48	0	59,64	0
Castilla León	7,67	3,71	11,93	7,62	14,87	17,51	36,63	0,07
CLM	1,59	13,2	11,74	2,85	14,77	5,38	50,44	0,02
Catalunya	1,05	6,44	9,57	3,29	11,4	8,34	59,91	0,01
C. Valenciana	0	13,1	0	5,09	24,57	6,15	51,08	0
Extremadura	2,59	1,5	3,65	3,33	17,79	26,01	45,13	0,01
Galicia	0,34	1,89	18,31	6,81	14,46	9,98	48,09	0,12
Madrid	6,12	14,49	21,88	12,83	23,25	3,36	18,02	0,03
Murcia	6,12	14,49	21,88	12,83	23,25	3,36	18,02	0,03
Navarra	0,33	6,36	4,39	2,14	14,94	13,14	58,69	0,01
País Vasco	0	12,45	10,53	11,54	17,64	2,44	44,25	1,15
La Rioja	6	9,39	19,35	7,53	11,95	3,7	42,02	0
Ceuta y Melilla	9,46	7,97	15,26	1,94	7,43	1,17	56,78	0
TOTAL	1,7	12,47	12,91	6,04	13,81	6,14	46,84	0,08

Fuente: Sistema de Gestión del SAAD. IMSERSO.

comprenden el 63,26% de su oferta, mientras que en Madrid son el 18%. Por otra parte, Canarias atiende en centros residenciales al 25,03% de sus beneficiarios mientras que Andalucía utiliza este recurso en el 7,36% de las ocasiones. De hecho, en esta Comunidad, al igual que ocurre en Aragón, las PECF son el recurso que se entrega con mayor frecuencia, seguidas por servicio de Teleasistencia y la Ayuda a Domicilio. Los otros recursos se entregan en proporción mucho menor, por ejemplo, la atención residencial o los de respiro familiar (centros de día/noche). También es interesante mencionar que los

recursos destinados a prevención representan la proporción más pequeña en el total de prestaciones y servicios entregados, podríamos decir que están subdesarrolladas.

3.6. EFECTOS DEL SISTEMA Y DE OTRAS POLITICAS QUE FACILITAN EL CUIDADO

Andalucía se encuentra entre las comunidades en las que el Sistema está teniendo un grado mayor de implantación, como muestra la proporción de

dictámenes emitidos y de beneficiarios con prestación en relación a la población de la Comunidad, así como una integración consolidada en la Red Básica de Servicios Sociales. El ritmo de desarrollo de la Ley en Andalucía está motivado por razones de diversa índole.

Podríamos decir, en primer lugar, que el contexto ha sido propicio para la implantación del sistema. El impulso que han recibido las políticas sociales en Andalucía a lo largo de las últimas décadas es interesante desde un punto de vista incremental (Naldini, 2009), porque se ha intervenido y se han asignado recursos para satisfacer necesidades sociales, diversas, que nunca habían formado parte de las prioridades ni de la agenda política. Alguna de ellas, como el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, supuso un hito en el desarrollo de políticas con dimensión familiar, en particular de cuidado, no solo por los recursos que puso a disposición de los ciudadanos y ciudadanas, sino sus efectos sobre el proceso de *desfamilización* en Andalucía (PRY031/10). Esto mismo ocurre con la LAAD porque cada vez se ha ido haciendo más evidente la necesidad de hacer un esfuerzo colectivo para adaptar a las necesidades sociales la estructura y organización de los servicios, así como las prestaciones ofrecidas (Bazo, 2004) y, aunque este proceso está en marcha, aún estamos lejos del objetivo.

Otras políticas previas relacionadas con la discapacidad también fueron objeto de planificación social y contribuyeron al incremento de la sensibilidad de la población andaluza respecto a la necesidad de incrementar y mejorar los recursos para cuidados.

Podría decirse que las políticas citadas complementan a los cuidados de larga duración, dan contenido al sentido más extenso del cuidado. Sus efectos más interesantes se muestran en el discurso de los hogares andaluces, que los concretan en el incremento de los niveles de accesibilidad a servicios, recursos y espacios para menores en el sistema educativo y para personas que necesitan ayuda aunque no sean dependientes.

Asimismo, en el discurso político andaluz se valoran muy positivamente los efectos de las políticas sociales, pero sobre todo se pone énfasis en su contribución a la generación de una conciencia y de un discurso social que reconoce la importancia que tienen los cuidados en el ámbito familiar y la necesidad de que el sector público sea un agente principal en la provisión de recursos y servicios, porque la familia basada en la segregación de roles, encargada del cuidado sistemático es ya ineficiente, además de ser un agente de reproducción de la desigualdad de género. En la generación y consolidación de ese discurso ha tenido una influencia clave el movimiento asociativo de personas con discapacidad, un movimiento organizado y proactivo que tiene entre sus objetivos el incremento de los niveles de autonomía personal.

En segundo lugar, el compromiso de los decisor-makers andaluces con la igualdad, en particular con la igualdad de género, es transversal al discurso político. Este compromiso, es fundamental para el desarrollo de la LAAD, pues ésta es valorada como un impulso de calado para las políticas de desfamilización (Rodríguez, M. J., 2008), es de-

cir, para que sean los poderes públicos y no las mujeres los principales responsables de las tareas de cuidado.

Por último, el momento de la puesta en marcha del SAAD fue oportuno en términos políticos, pues las actuaciones del gobierno gozaban de una elevada legitimidad social. También el contexto económico fue propicio, pues aún no se sospechaba la existencia de “la crisis” ni la magnitud de la misma, que en 2010, antes de dar por finalizado el proceso de implantación del sistema, afectaría a la retroactividad de las prestaciones previstas en la ley. Hasta aquí hemos mencionado brevemente algunas razones que han facilitado el proceso de implantación de la Ley en Andalucía. Sin embargo, hay que considerar otros factores para comprender el tipo de sistema que, en la realidad, se está configurando. Uno de ellos es el tipo de prestaciones que se entregan mayoritariamente a los beneficiarios/as, sus efectos y las razones por las que en Andalucía las prestaciones económicas son las que se entregan con más frecuencia.

Podemos referirnos, en primer lugar, a la capacidad de la estructura de servicios previa a la puesta en marcha de la Ley, encargada de asumir la demanda posterior. Esta estructura parece no haber tenido capacidad suficiente para afrontar las necesidades, y al menos hasta el momento, no es posible conocer si ha sufrido un incremento significativo con posterioridad a la aprobación de la Ley, a la luz de los datos publicados.

La segunda tiene que ver con la gestión del acceso al sistema. A saber, en Anda-

lucía, las personas dependientes que eran atendidas en establecimiento residenciales antes de la entrada en vigor de la Ley, no fueron incorporadas al sistema inmediatamente, se incorporaban solamente las personas valoradas, con dictamen. En otras Comunidades como Madrid si fueron incorporadas al sistema, por tanto, es difícil establecer una comparación realista en relación al número de personas atendidas en el marco de la LAAD y el grado de desarrollo real de la red de recursos.

En tercer lugar, debemos tener en cuenta que la Ley establece que se podrá decidir el recurso más adecuado por parte de las personas beneficiarias o de sus familiares, o al menos, podrán opinar al respecto. Esta opción permite que se materialice la preferencia por las prestaciones económicas. Otro asunto es dilucidar las razones por las que se produce esa situación.

La situación social y económica de Andalucía puede aportarnos alguna explicación, junto a las que pueden derivarse del propio sistema. Como apuntamos al principio del documento, en Andalucía la familia tiene un peso relativo muy importante en el ámbito del cuidado, que exige una dedicación intensiva por parte de mujeres que, bien no se han incorporado al mercado de trabajo, o bien, combinan tareas laborales y domésticas, utilizando para ello diferentes estrategias.

La proporción de mujeres que presta cuidado a algún pariente necesitado de ayuda es en Andalucía el 23%, de las cuales el 29% tiene una edad comprendida entre los 55 y 64 años. Pero el 27% tiene entre 30 y

54 años¹⁵. Es probable que en estas circunstancias las cuidadoras perciban la prestación económica por cuidados en el entorno familiar como una oportunidad de remuneración de sus tareas de cuidado, teniendo en cuenta que para emplearse en el mercado encontrarían algunas dificultades, dada su situación sociodemográfica de edad, sexo y formación, junto a las cargas familiares.

No debemos olvidar que la socialización en roles de género orienta los comportamientos de las mujeres hacia los propios de la ética del cuidado (Kymlicka, 1995) como muestra el hecho de que el 68% de las mujeres cuiden a su familiar por razones afectivas y el 36,8% porque consideran que es su responsabilidad¹⁶.

Por otra parte, las condiciones económicas de los hogares podrían actuar como incentivo para preferir la prestación cuando éstas son precarias. En Andalucía el 53,4% de las mujeres en situación de inactividad (que no son retiradas ni paradas) se encuentran en riesgo de pobreza¹⁷. Este riesgo se incrementa cuando en los hogares hay algún hijo dependiente. En hogares con presencia de dependientes cuyos miembros trabajan todo el año el porcentaje de población en riesgo de pobreza se incrementa del 4,8% al 10,8%. En hogares con presencia de dependientes cuyos miembros no trabajan a lo largo del año, el ries-

go pasa del 9,8% cuando no existe dependencia al 13,8%¹⁸

Asimismo, en determinados tipos de hogares vulnerables, próximos a la exclusión social, en los que vive una persona dependiente, la prestación da continuidad a los ingresos en los casos en los que se agotan las ayudas por desempleo o el Ingreso Mínimo de Inserción¹⁹.

El sistema, como se ha dicho, también debe asumir una parte de responsabilidad en la configuración de estas preferencias. Por una parte, la posibilidad de decidir el tipo de recurso que le será entregado, permite que los hogares se sientan inclinados a dar continuidad a las circunstancias que conocen y que son mayoritarias, a saber, que las mujeres son las cuidadoras principales (PRY031/10). Por otra parte, la Ley no otorgó capacidad de prescripción facultativa al dictamen profesional, por lo que el profesional pierde capacidad de intervención y de responsabilidad (Observatorio, 2010). Asimismo, la existencia del copago desincentiva el uso de servicios, que suponen gasto aunque sea mínimo, mientras que las prestaciones, aunque exiguas, son ingreso.

En definitiva, la preferencia por la prestación en Andalucía se justifica por razones económicas, sociales y propias del Sistema, que actúan a favor del paradigma asis-

¹⁵ Dependencia y Solidaridad en las Redes Familiares, IECA, 2005.

¹⁶ *Ibíd.*

¹⁷ Valor del umbral de riesgo de pobreza en Andalucía en 2009: 6.630,9 euros Explotación de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2009.

¹⁸ Encuesta de Condiciones de Vida, 2009.

¹⁹ Condiciones de Vida en Córdoba, 2009. Instituto de Estudios Sociales Avanzados, IESA-CSIC. En prensa.

tencial que precisamente la Ley pretendía evitar. ¿Cuáles son los efectos de esta situación?

La prestación cumple la función propia de una renta básica, en algunos casos la única, para hogares en situación de vulnerabilidad o en riesgo de pobreza. Por otra parte, facilita la permanencia en el entorno familiar a las mujeres que consideran el cuidado como parte de su responsabilidad y a las que tienen edades que dificultan el acceso al empleo. Finalmente, el escaso desarrollo de los servicios, con la excepción de la ayuda a domicilio, dificulta que la administración los prescriba en mayor medida que las prestaciones.

En definitiva, la prestación, en lugar de conducir a la emancipación de las mujeres y a la desfamilización de las relaciones de cuidado, refuerza la división sexual del trabajo, que afecta sobre todo a las mujeres que no tienen empleo y a hogares vulnerables, aunque, ciertamente mejore algo sus condiciones de vida.

En cuarto lugar, la Ley generó expectativas razonables de generación de empleo, siempre que los servicios tuvieran un desarrollo acorde con la incorporación de las personas beneficiarias al sistema. El Libro Blanco de la Dependencia estimaba la creación de 300.000 empleos directos, sin embargo, a lo largo de su desarrollo, los servicios de proximidad no se han desarrollado suficientemente, excepto en Andalucía.

Según los datos de la Seguridad Social a 31 de diciembre de 2010, en el sector de servicios sociales asociado a la dependencia se han producido 260.406 nuevas al-

TABLA 7. Cuidadores no profesionales en el Convenio Especial. Obligatorios. 1 de junio de 2011

Hombres	Mujeres
10.661	150.700

Fuente: Gestión del SAAD. IMSERSO.

tas, de las que 110.841 corresponden a nuevas afiliaciones en el Régimen General, mientras que 149.565 personas se han dado de alta en el Convenio Especial de Cuidadores no Profesionales. La situación a 1 de Junio de 2011 es que el alta de cuidadores en el Convenio Especial es 161.361 obligatorios y de 906 voluntarios.

3.7. CONCLUSIONES

Después de este breve recorrido por el sistema de cuidado en Andalucía apuntamos algunas conclusiones, entre las que nos gustaría destacar la importancia que tiene el hecho de que la Ley consagre un derecho subjetivo a todas las personas en situación de dependencia, el de ser cuidado, aunque la intensidad protectora sea débil, porque supone un incremento de su capacidad de decisión y un avance en su autonomía personal, pero sobre todo, es un punto de inflexión que permitirá seguir avanzando en el debate social y académico de lo que debe ser un análisis alternativo del Estado de Bienestar (Daly y Lewis, 2000) y la necesidad de plantear un nuevo contrato social que garantice efectivamente a todos los ciudadanos/as el derecho a recibir unos cuidados de calidad organizados teniendo la igualdad como horizonte.

La segunda conclusión es que el SAAD supone un incremento importante de la contribución del sector público a tal menester, aunque ésta sea a todas luces insuficiente para lograr un proceso desfamiliarizador adecuadamente profundo en la sociedad andaluza, que permita desempeñar actividades laborales, personales y familiares a hombres y mujeres en igualdad de condiciones.

La tercera, es que el SAAD tiene un ritmo y un grado de implantación diferente entre las CC.AA. siendo Andalucía una de las aventajadas en todos los sentidos, junto con Cantabria y la Rioja. Pero a pesar del buen ritmo, en todas las Comunidades se mantiene el “limbo de la dependencia” y se detecta un sesgo hacia las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar.

Toda política social siempre tiene efectos sobre la población, en unos casos son positivos, pero en ocasiones sus efectos sobre determinados grupos no son los esperados o son negativos. Así pues, la cuarta conclusión que proponemos tiene que ver con los efectos no deseados de la Ley, que en nuestra opinión son los que siguen.

En primer lugar, la ley no ha conseguido modificar la distribución de los roles de género en el ámbito del cuidado, es más, ahora se reproducen, pues la percepción de la prestación mantiene a las mujeres ancladas en el entorno familiar. En segundo lugar, el sistema no ha logrado desarrollar el volumen de empleo que preveían sus expectativas, al no haberse desarrollado suficientemente la capacidad de los servicios

públicos para afrontar la demanda. En tercer lugar, en comunidades como Andalucía donde se ha producido un desarrollo importante de los servicios de Ayuda a Domicilio, la adjudicación de los contratos públicos a grandes empresas está provocando muchas dificultades e incluso el cierre de cooperativas y pequeñas y medianas empresas locales, muchas de ellas formadas por mujeres, ya que su capacidad para abordar la prestación en el conjunto de la ciudad es más limitado.

En definitiva, la LAAD y el Sistema Nacional de Atención a la Dependencia, presentan claros oscuritos, aunque nosotros preferimos recordar una vez más que el reconocimiento de un derecho subjetivo a ser cuidado, tiene una importancia fundamental en sí mismo, porque supone un avance en el logro de una sociedad con un grado de desfamiliarización más elevado, por tanto, más propicia para la igualdad de género y la inclusión social. A pesar de ello, el sistema tiene dos retos fundamentales: corregir los procesos que han tenido efectos no deseados y procurar el incremento de su intensidad protectora, de modo que su participación en el agregado de bienestar vaya cobrando protagonismo.

BIBLIOGRAFÍA

Adelantado, J. (ed.) (2000): *Cambios en el Estado de Bienestar*, Barcelona, Icaria.

Barriga, L. *et al.* (2010): Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia V Observatorio para el desarrollo de la Ley de

la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de los Servicios Sociales, Alcorcón (Madrid), Ayuntamiento.

Beck-Gernsheim, E. (2000): *La reivindicación de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia*, Barcelona, Paidós.

Beck, U. (1998): *La sociedad del riesgo*, Barcelona, Paidós.

Casado, D. et al. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*, Barcelona, Fundación la Caixa.

CIS (2010): *Estudio 2.844*, Barómetro de septiembre.

Daly, M. y Lewis, J. (2000): "The concept of social care and the analysis of contemporary Welfare States" en *British Journal of Sociology*, Vol. n° 5 Issue n° 2, pp. 281-298.

Durán, M. A. (2006): *La cuenta satélite del trabajo no remunerado en la Comunidad de Madrid*, Madrid, Comunidad de Madrid.

Esping-Andersen, G. (2000): *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona, Ariel.

Flaquer, L. (Ed.) (2004): "La articulación entre familia y Estado del Bienestar en los países de la Europa del Sur" en *Papers*, N° 73, pp. 27-58.

—(2002): *Políticas familiares en la Unión Europea*. Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials.

Fromm, E., et al. (1998): *La familia*, Barcelona, Península.

Gracia, P. y Bellani, D. (2010): *Las políticas de conciliación en España y sus efectos: un análisis de las desigualdades de género en el trabajo del hogar y el empleo*, Madrid, Fundación Alternativas.

Ibáñez, M. (2008): "La 'Bolsa Común' en las parejas: algunos significados y algunas trampas", en *Papers*, n° 8, pp. 161-185.

IMSERSO (2011): *Sistema de Gestión del SAAD* (a 1 de junio de 2011).

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA Y CARTOGRAFÍA DE ANDALUCÍA (IECA) (2010): *Proyecciones de Población. Libro Blanco del Envejecimiento Activo en Andalucía*.

—(2005) Encuesta sobre Dependencia y Solidaridad en las Redes Familiares.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2005-2011): *Encuestas de Población Activa*. Instituto de Estadística de Andalucía.

IESA-CSIC (2010): *Barómetro de Opinión Pública*.

—(2009): "Estudio sobre condiciones de vida y pobreza de la población en Córdoba", en prensa, Córdoba, Ayuntamiento de Córdoba.

Jacobzone et al. (2009): "The health of the older persons in OECD countries. Is it improving fast enough to compensate for population again?", OECD, *Labour Market and Social Policy*.

Kymlicka, W. (1995): *Filosofía política contemporánea*. Introducción. Barcelona, Ariel.

Marí-Klose, P. (2010): *Infancia y futuro. Nuevas realidades, nuevos retos*, Barcelona, Fundación La Caixa.

Martín, M. T. (2008): "Los cuidados y las mujeres en las familias" en *Política y Sociedad*, Vol.45, N°2, pp. 29-47.

Moreno, L. (2009): *Reformas de las políticas del Bienestar en España*, Madrid, Siglo XXI.

Murillo, S. (2006): *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*, Madrid, Siglo XXI.

Naldini, M. y Jurado, T. (2009): *Las Familias, Los Mercados y Los Estados de Bienestar. El Modelo Europeo del Sur*, ESPANet.

Rodríguez, M. J. y Navarro, C. (2008): "El esfuerzo público de desfamilización. Propuesta de medición y análisis descriptivo para la UE", en *Papers*, N° 90, pp.59– 81.

Sarasa, S. y Moreno, L. (1995): *El estado de bienestar en Europa del Sur*, Madrid, CSIC.

Serrano del Rosal, R. et al. (2004): "Situación social y laboral de las personas con discapacidad en los municipios que comprenden las comarcas de Islantilla, Bajo Guadalquivir y Vega Media de Sevilla", Sevilla, Junta de Andalucía.

Setien, M. L. (2009): "La gestión de la crisis de los cuidados y su relación con la feminización de las migraciones. Análisis comparativo de España y Chile" en *Primer congreso anual de Red-ESPANET: Treinta años de Estado de bienestar en España. Logros y retos para el futuro*.

Stone, R. (2000): "Long-term care for the disable elderly: current policy, emerging trends and implication for the 21st century". *Electronic Milbank Quarterly* (documento disponible on line en <http://www.milbank.org>).

Tobío, C. et al. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Barcelona, Fundación La Caixa.

— (2005): Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales, Documento de trabajo 79/2005, Madrid, Fundación Alternativas.

4. MÁS ALLÁ DE LAS CIFRAS: LA DIMENSIÓN TEÓRICA Y CUALITATIVA DEL CUIDADO

Ramón Ramos Torre*

Voy a tratar de ceñirme a lo anunciado en el título de mi intervención, es decir, a una reflexión de orden preferentemente teórico, a sabiendas que otros conferenciantes han tratado y tratarán casos más pegados al terreno que aportan una mayor información sobre el problema que nos ocupa. Por otro lado, dado que se me ha invitado sabiendo a qué me dedico en el orden de la teoría, espero que acepten que mis reflexiones se sitúen en el plano del tiempo y específicamente del tiempo social. Ciertamente, no en general, sino en lo concreto: en sus relaciones con el sistema de las actividades sociales y, más específicamente, con las actividades de cuidado.

Aproximar el tema de las actividades atendiendo a sus determinaciones temporales se ha convertido en una perspectiva muy compartida en la ciencia social contemporánea: en nuestro país ha dado lugar a trabajos muy relevantes, como los de María Ángeles Durán (1988, 2000), Soledad Murillo (1996), Cristina García (2003), Cristina Carrasco (2001) y muchas otras personas, algunas muy jóvenes y con aportaciones muy notables, que acabarán siendo nombradas al hilo de esta exposición.

Ese tipo de aproximación es tan obvia que parece poco necesitada de una simultánea clarificación teórica¹. Y así es como se suele hacer: dando por descontado y aporoblemático el tiempo del que se habla y sus relaciones con el sistema completo de las actividades o con un conjunto específico de ellas (las actividades ligadas al traba-

jo o al ocio o, como en este caso, a los cuidados).

No me parece mal que las cosas se hagan así, pues si estuviéramos dándole continuamente vueltas al marco analítico con el que pensamos el mundo, probablemente la realidad se nos escaparía del campo de observación y obtendríamos poca información sobre ella. Pero no pareciéndome mal esta aproximación que se encamina resuelta al asalto de lo que tenemos a la vista, creo que también es bueno descansar de vez en cuando y ponerse a perfilar conceptos más finos y más sutiles relaciones entre ellos. Llega entonces el momento de la teoría, que no es otra cosa que un intento de contemplar con más sosiego y distancia emocional mejor lo que aparece o, dicho de otra manera, pensar más cosas a la vez y de forma más abstracta. Sólo así podemos enmarcar la observación de la realidad de forma (moderadamente) reflexiva.

4.1. METÁFORAS DEL TIEMPO

Pero entremos en el tema propuesto, dejando a un lado estas reflexiones de orden general. El punto de partida es el reconocimiento de una obviedad y es que actuar, hacer algo, implica tiempo. Aquí el consenso es universal y el descubrimiento nulo; es lo obvio. Menos obvio es que ese tiempo que suponemos como inseparable de las actividades se dice y concibe legítimamente de muchas maneras. Si es así, entonces no se puede reducir a un con-

* Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

¹ El trabajo de referencia en las reflexiones sociológicas sobre el tiempo sigue siendo el libro de Barbara Adam (1990).

cepto único, simple, estático, siempre el mismo, sino que resulta más bien poliédrico o, por decirlo con los clásicos, proteico. Es muchas cosas distintas a la vez, algunas muy mezcladas, otras más separadas. Resulta, además, que es fácil que se pase de las unas a las otras, de modo que al final resulta difícil saber en cuál de sus caras se está y qué podemos observar por medio de ellas.

Sobre cuáles son esas caras, esas formas, o esas variantes del tiempo existe una literatura desbordante que arranca del pensamiento clásico antiguo. Es evidente que no voy a entrar en sus complejísimo juegos de espejos². Lo que aquí nos puede bastar es contar con (y aclarar) un concepto suficientemente complejo del tiempo que haga justicia a lo que intentamos describir y saber cuando abordamos el estudio de las actividades sociales y, en concreto, el estudio de esa específico conjunto de actividades que llamamos cuidados.

La propuesta que hago es que para poder abordar convenientemente ese tema nos bastaría con tomar en consideración lo que voy a denominar cuatro metáforas del tiempo³. Estas metáforas están en el lenguaje común en cuyo marco los actores sociales se comunican y dotan de sentido (o de sin-sentido) a lo que hacen y les ocurre. Son metáforas, porque en todos estos casos no se tiene la pretensión de fijar lo que el tiempo es en sí, sino a qué se parece y cómo hay que

tomarlo en consideración y actuar en su marco; es decir, no se nos dice que el tiempo sea esto o aquello o lo de más allá, sino a qué se asemeja y con qué imágenes expresivas hemos de denominarlo, vivirlo y actuarlo.

No profundizo más en esto, a la espera de que la cosa se vaya aclarando según vayamos avanzando. Pero supongamos que la propuesta sea sensata y que podamos dar cuenta del tiempo social en el marco de cuatro metáforas muy arraigadas en el lenguaje del día a día. ¿Cuáles son? Las paso a anunciar a la espera de ir las aclarando paso a paso⁴.

La primera es la metáfora que convierte al tiempo en un *recurso* del que se dispone al actuar. Desde este punto de vista, es una cosa con un estatuto idéntico al de las múltiples cosas que pueblan nuestra experiencia (mesas, billetes de metro, naranjas) y que nos apropiamos, administramos, usamos, perdemos, ganamos, intercambiamos, etc. Lo relevante en estos casos es que con el tiempo –y sólo gracias a disponer de él– podemos hacer algo; si no lo tuviéramos todo quedaría en un querer, soñar, idear, etc., hacer algo, pero sin acción efectiva –una simple pretensión de un hacer que no se hace–.

La segunda metáfora presenta al tiempo como un marco o, mejor, como un *entorno* en el que la acción (y nuestra vida en general) se desarrolla. Aquí estamos también

² Sobre distintas maneras de concebir el tiempo, consúltense AA.VV. (1978), Adam (1990), Fraser (1980), Gale (1968).

³ La relevancia de las metáforas (también las del tiempo) en el lenguaje cotidiano ha sido destacada por Lakoff y Johnson (1991). En el campo filosófico los mejores análisis sobre las metáforas de fondo en cuyo marco se construye el pensamiento están en Blumenberg (2003).

⁴ Un análisis más detenido de las cuatro metáforas y del material empírico a partir de ha podido reconstruirlas se halla en Ramos (2007 y 2009).

ante una aproximación que concibe el tiempo como un algo que está ahí fuera, en el mundo, pero en este caso a modo de entorno externo al que nos hemos de acomodar o amoldar, en el que están fijadas las constricciones a que hemos de someternos y las posibilidades que podemos explotar. Más adelante se podrá comprobar y especificar esto con mayor riqueza de detalle.

La tercera metáfora, por su parte, concibe el tiempo como algo que forma parte de nosotros, hasta el extremo de que podríamos concebirlo (y vivirlo) como si fuera lo más propio de nuestro ser. En el caso de esta tercera metáfora, el tiempo es cuerpo, es decir, es una determinación entrañada en nosotros mismos como seres vivos que nacen, se desarrollan, decaen y mueren. Llamaré a esta metáfora, la del *tiempo encarnado o incorporado*—o la del *tiempo como cuerpo*—.

Hay, por último, una cuarta metáfora en la que el tiempo se nos muestra y lo decimos como un *horizonte* en el que es dado contemplar conjuntos variados de acontecimientos. En este caso, el tiempo es también algo que no está ahí fuera con independencia de lo que hagamos, sino algo que está en el interior de nuestra conciencia, aunque dependa del punto de observación en el que nos encontremos —como cualquier horizonte—. En ese horizonte, como habrá ocasión de comprobar, recordamos lo que denominamos pasado, esperamos lo que llamamos futuro y atendemos a lo que percibimos como presente.

Hasta aquí la propuesta en una presentación muy comprimida. Las preguntas que surgen inmediatamente son obvias: ¿por qué esas cuatro metáforas y no algunas más, o algunas menos?; ¿por qué esas, tan específicas, y no cualesquiera otras que parecen también asentadas en el lenguaje? Pues bien, que las metáforas puedan ser más y que, lógicamente, haya otras distintas de las enunciadas es algo que doy por descontado⁵. Si se estuviera en otro contexto de análisis, es muy probable que hubiera que dejar de lado estas metáforas, o que no bastaran, y que se tuviera que considerar otras más relevantes u operativas. Pero en el contexto actual, en el que ahora se está centrando la atención, parecen especialmente adecuadas.

¿Cómo se puede saber? ¿Cómo es posible asegurar que para dar cuenta del suceder de las actividades sociales en el día a día cuatro son las metáforas del tiempo recurrentes y que son justamente las enunciadas? Estas cosas sólo se pueden asegurar (o más bien conjeturar) de forma mínimamente solvente si resulta que la propuesta es el resultado de un esfuerzo de investigación que, planteándose el problema del tiempo desde la óptica de los actores sociales legos (y no en el marco de las polémicas entre los especialistas en ciencias y humanidades), ha acabado reconociéndolas en sus intervenciones discursivas. En efecto, la propuesta sobre las cuatro metáforas es el resultado obtenido en una investigación emprendida hace unos años⁶.

⁵ En un trabajo clásico, Brumbaugh (1978) analiza otras posibles metáforas. También en el libro de Lakoff y Johnson (1991) se acotan otras metáforas del tiempo.

⁶ Sobre las características de esa investigación y sus resultados, véase Prieto, Ramos y Callejo (2008).

No entro en los detalles de esa investigación. Buscaba (en colaboración con otros colegas) indagar las relaciones entre el tiempo del trabajo y el tiempo de la vida cotidiana. Para conseguir un acceso cualitativo al problema, se diseñaron y realizaron 14 Grupos de Discusión, en cuyas características no es necesario entrar aquí. Lo que sí parece pertinente es destacar al menos tres de los resultados alcanzados por la investigación: el primero aseguraba que el tiempo era central en las intervenciones discursivas de los actores que formaban parte de los grupos de discusión cuando relataban a los demás, en sus discursos, retazos de su vida cotidiana; el segundo mostraba que, a la hora de dar cuenta de su compleja experiencia temporal, los discursos emergentes utilizaban un repertorio de metáforas por medio de las que se mentaba y daba sentido al tiempo, que no quedaba así arrinconado como lo inasible o lo oscuro, sino convertido en algo reconocible, mentable y casero; y el tercer resultado a destacar fue que, si como analista uno se esforzaba en reconducir a un número limitado de casos esas metáforas del tiempo, se podían reconducir a las cuatro anteriormente enunciadas.

Las cuatro metáforas del tiempo no son, pues, oscuras (o luminosas) intuiciones del momento, sino el resultado de una investigación empírica que intentó también abrir espacios de reflexión teórica. Si se atendiera a lo que en términos de análisis sociológico suponen esas metáforas, se comprobaría que se relacionan con lo que, a mi entender, hay que considerar como aspectos cruciales de la acción social.

Los podemos reconducir a un doble eje de distinciones. El primer eje es el de la *agencia/paciencia*, en el que se toma en consideración que la acción social supone un agente propiamente dicho que decide y actúa en razón de las decisiones que adopta, pero también un actor que sufre (de ahí el aspecto de paciencia) los embates, constricciones y posibilitaciones del entorno en el que la acción se desarrolla⁷. El segundo eje es el del *cuerpo/intencionalidad*, que toma en consideración que los actores incorporan o encarnan determinaciones que si no se tomaran en consideración harían ininteligible lo que hacen, pero que también son actores intencionales que toman decisiones de acción en el marco de horizontes temporales que les permiten recordar, esperar y atender.

Ciertamente, perseguir en profundidad estas someras indicaciones supondría una empresa que requeriría el tiempo, las precisiones y el cuidado que en el contexto de una intervención circunscrita y breve son imposibles. Dejo ahí esbozado lo que me parece que está por detrás (en términos analíticos) de las cuatro metáforas del tiempo, para desembocar en el tema de sus relaciones con las actividades, que es lo que interesa en este contexto.

4.2. TIEMPO Y CUIDADOS

Interesa dar cuenta de ese conjunto formado por las actividades que denominamos cuidados. Fijar su semántica queda por fuera de esta aproximación. Es obvio que convendría adentrarse en su estudio,

⁷ Este eje agencia/paciencia es fundamental en la teoría de la acción de Arendt (1993); de esa fuente lo recojo.

considerando no sólo lo que se fija en la abundante literatura que se acumula en las ciencias sociales sobre el tema, sino también lo que dicen los actores sociales cuando realizan esas actividades, lo que supondría investigaciones de orden cualitativo que otra gente ha emprendido. Supongo que en el marco de esa literatura y de esas investigaciones, podemos fijar una semántica de los cuidados que acote en qué actividades se plasman, qué significan para quienes las realizan, con qué otras actividades se emparentan, etc. Pues bien, puedo asegurar que, en cuanto se entra en ese espacio de análisis, acabamos encontrando que los cuidados, como cualquier otra actividad, están temporalizados de una forma que no resulta trivial y que esa temporalización se vive y se dice en el marco de las cuatro metáforas del tiempo de que venimos hablando.

Empecemos por la primera metáfora, aquella que presenta el tiempo como un *recurso* que se utiliza para actuar. En la investigación a la que antes me he referido se detectaba que, lejos de los tópicos de algunos analistas, ese recurso-tiempo no sólo se concibe en términos económicos, sino también en otros términos –ya sean morales o políticos. Que el tiempo sea un recurso económico quiere decir que es un algo que se puede usar o invertir en esto o aquello en pos de la consecución de un determinado bien. Que eso sea así es un tópico instalado en el lenguaje, que alcanza su apoteosis en los tiempos de la nueva sociedad industrial y capitalista (Adam, 1999). Pero el recurso-tiempo no se puede limitar a ser dicho y vivido como un puro recurso económico. Es también, y de forma muy principal, un recurso moral.

¿Qué significa esto? Algo obvio y de la mayor importancia, y es que no se administra según la lógica de la utilidad, la rentabilidad y el beneficio, sino según las determinaciones de un código en el que priman las distinciones que enfrentan lo que se debe y no se debe hacer, lo que es bueno y lo que es malo. Es así como el tiempo-recurso queda moralizado en el lenguaje del día a día. De ahí que cuando la gente utiliza su tiempo en algo, actuando como un agente que, haciendo eso en concreto, eventualmente podría hacer algo muy diferente, no lo hace necesariamente sólo según un cálculo de utilidades, sino también en cumplimiento de ciertas normas morales en las que cree o por las que es creído. Actúa, en consecuencia, como un actor moral que cree hacer lo que es debido y lo que es bueno, y que en razón de ello no pretende alcanzar ventajas materiales, sino la aprobación (o reprobación) de sus semejantes.

Tomar esto en consideración es crucial para comprender la temporalidad propia de las actividades de cuidado. Utilizando estos esquemas analíticos de fondo, una joven investigadora, Matxalen Legarreta (2008), ha mostrado de qué forma la moralización del tiempo como recurso va de la mano de lo que denomina el tiempo donado, que constituiría un tiempo característico de los cuidados.

En efecto, en gran parte (o mejor: en su parte diferencial y estratégica) el tiempo que se utiliza como recurso a invertir en las distintas actividades de cuidado es concebido y vivido como un recurso moral sometido al código del deber y el bien. Se hace lo que se hace (es decir: cuidar al otro)

porque se trata de un deber moral, un deber que se concreta en la inversión de una cierta cantidad de tiempo en la atención al otro. Así concebidos y vividos los cuidados, su tiempo no se invierte propiamente, sino que se dona.

Esta donación es su rasgo distintivo. Y es evidente que incluso en sus dos variantes más dispares, la donación (dominada siempre por las pulsiones morales) se despliega según una lógica temporal estricta, muy distinta de la propia de las acciones y los acuerdos contractuales.

La variante más tópica de la donación –y que ha sido objeto de atención desde las investigaciones de Marcel Mauss (1973)– es la que se materializa siguiendo el principio de reciprocidad que hace que lo que hoy dono me sea retornado en el futuro: *do ut des*, he aquí su fórmula clásica. Hay así un círculo del tiempo⁸ que hace que los objetos donados vuelvan a su punto de partida y todo quede restaurado según era inicialmente. En última instancia, en ese círculo se despliega la solidaridad intergeneracional que hace que el tiempo dado por los padres sea devuelto por lo hijos, que a su vez se introducirán en ese círculo en el que todo es dado y devuelto en el seno de un tiempo circular y eterno.

La otra variante de la donación es más radical: se da sin esperar nada a cambio, como una entrega graciosa y gratuita que no presupone reciprocidad. Se trata y se vive como puro cumplimiento de un deber de protección y cuidado de los desvalidos,

un deber que se sitúa por encima del tiempo y no espera compensación futura –todo lo más: agradecimiento–.

Estamos ante variantes del tiempo como recurso que se muestran especialmente en las actividades de cuidado. Es evidente –tal como lo muestra su mercantilización– que el tiempo de cuidado puede aparecer también como un recurso económico que se usa, compra, paga, contabiliza y rentabiliza. Pero sería reductivo considerarlo sólo desde ese punto de vista. Es también y fundamentalmente, como se acaba de comprobar, un recurso moral que se dona en el seno de complejos círculos de reciprocidad. ¿Hay algo que iguale los dos casos? Sin duda hay algo y es, además, relevante. Se trata del hecho de que, ya sea intercambiado según utilidad, ya sea donado, en ambos casos el tiempo es un recurso medible, cuantificable. En ambos casos podemos determinada la cantidad de tiempo que se emplea en el cuidado, ya sea para recibir una compensación económica a cambio, ya sea como fruto de una donación que no busca compensación económica y funciona según otra lógica.

Con todo, el tiempo-recurso no es el único medible y medido. También cuando el tiempo aparece, no ya como un recurso que uso, sino como una determinación del entorno en el que se despliega la acción, se muestra y es tratado como un conjunto de duraciones que los relojes y calendarios miden y hacen públicos. Estaríamos entonces en el ámbito propio de la segunda metáfora del tiempo, la que lo presenta

⁸ Malinowski (1973) hablaba del círculo del *kula* para dar cuenta de esta circularidad en el intercambio, según el principio de la reciprocidad, de los regalos que se donan.

como un *marco* o *entorno* en el que la acción se desarrolla y al que hemos de adaptarnos.

¿En qué radica la diferencia con la anterior? En algo fundamental: el tiempo como entorno de la acción fija cuándo y durante cuánto tiempo se puede o debe hacer algo, con independencia de que dispongamos del recurso-tiempo para que la acción sea factible. Pueda o no pueda venir a una conferencia, quiera o no quiera venir, el horario en que se va a impartir está prefijado y sólo el que está en el aquí y el ahora en el que ocurre puede asistir a su desarrollo. Es el tiempo como entorno: un tiempo que pasa ante nosotros (o por el que hemos de pasar) y al que debemos adaptarnos, porque está fijado socialmente con independencia de nuestros deseos y conveniencias.

¿Qué problemas nos plantea esa conformación del tiempo? Se me ocurren al menos tres (que han sido tratados en abundancia por la literatura especializada⁹) y que son pertinentes para abordar los problemas temporales de las actividades de cuidado. Esos problemas tienen nombre: el encaje temporal, la jerarquía temporal y la sincronización. El encaje plantea el problema de si puedo acoplar, acomodar o encajar el tiempo del que dispongo con el que está prefijado en el entorno en el que me muevo: ¿consigo o no consigo encajarlo?, ¿hay un hueco en el que se pueda insertar? La jerarquía plantea el problema de establecer prioridades en los relojes y calendarios sociales a favor del tiempo que ocupan unas u otras actividades: ¿a qué ho-

raríos han de ser sacrificados los demás?; ¿es el horario de los niños el que domina el horario de los adultos, o las cosas ocurren al revés?; ¿quién fija el tiempo al que los demás nos adaptamos? La sincronización plantea, por su parte, el problema del encuentro en el tiempo de los actores sociales y sus actividades: ¿disponemos de un tiempo común, participado por todos?; ¿podemos quedar en un momento del tiempo que sea común para todos?; ¿quién hace qué mientras el otro acomete otra específica tarea?; ¿podremos quedar al terminar?, etc.

La proyección de todo esto sobre el tiempo de los cuidados es obvia. Ya sea en la forma de las políticas de conciliación¹⁰ que se pusieron en marcha en la Unión Europea desde los años 80 y que a finales de los 90 han tenido su traducción legal en España, ya sea en la variante más ambiciosa de lo que en Italia se ha denominado políticas del *tempo della donna e della città*, en ambos casos el problema de los cuidados es abordado como aquél en el que se ventilan las relaciones entre un conjunto de actividades (repartidas desigualmente entre los actores sociales) y un tiempo-entorno que se plasma en horarios y calendarios de trabajo, ocio, aprendizaje, vida familiar y cuidados. En todos los casos, se enfrentan los tres problemas que se acaban de enunciar: el problema del encaje de unos tiempos en otros (¿es posible dejar a los niños en el colegio antes de entrar al trabajo?), pero también el problema de la jerarquía temporal (¿han de seguir dominando los horarios de trabajos sobre el resto de los horarios so-

⁹ El trabajo de referencia es el de Lewis y Weigert (1992).

¹⁰ Sobre el tema véanse el reciente trabajo de Inés Campillo (2010) y la abundante literatura en ellos citada.

ciales?) y, cómo no, el problema de la sincronización (¿cómo es posible organizar el sistema del tiempo familiar de modo que haya encuentros en los que los miembros del grupo puedan comunicarse y retejer su solidaridad y sus afectos?).

Se trata de una pequeña muestra de los problemas temporales que la problemática social de los cuidados ha enfrentado en estos años y para los que se han dictado normas con orientaciones políticas y sociales muy dispares. No entro en la evaluación de las distintas políticas desarrolladas en este campo. Lo que me interesa es destacar que, en todos los casos, el problema es de orden temporal y que la imagen que mejor la retrata es la del tiempo como un entorno externo de la acción. Las relaciones sociales en su conjunto y la igualdad de género, en concreto, justamente se juegan en ese plano decisivo en el que el tiempo se muestra como un entorno exigente al que se acopla la acción y sus actores. De ahí que las políticas sociales y las políticas de género deban ser diseñadas como políticas del tiempo.

Abordemos la tercera metáfora, la que denominaba antes del tiempo *incorporado o encarnado –o del tiempo como cuerpo–*. A diferencia de las dos anteriores, el tiempo no aparece aquí como una cosa de la que me puedo apropiar, o como una determinación exterior que me condiciona, sino como algo que es propio y constitutivo de mí mismo en cuanto que ser vivo y que se encarna en las determinaciones más hondas de cuerpo que soy.

Todos sabemos que los organismos vivos son sistemas en los que se conjugan y co-

ordinan una multiplicidad de relojes biológicos cuyos ciclos tienen duraciones distintas, desde los períodos breves o infra-dianos, hasta los de más larga duración o supra-dianos (Moore-Ede, Sulzman y Fuller, 1982). También nosotros estamos estructurados por esos tiempos que se inscriben en nuestro organismo y que nos van configurando desde el nacimiento, a lo largo de nuestras distintas etapas vitales, hasta la muerte. Esta evidencia ha sido interpretada de forma muy diferente por parte de los pensadores que forman parte de nuestra tradición. Pero ya se conciba a los humanos como seres para la muerte (Heidegger, 1998), o como seres para la vida (Adam, 1990), o como seres que, por hecho de nacer, están abocados a protagonizar un comienzo (Arendt, 1993), en cualquier caso lo que se destaca es que el tiempo no es un bien a nuestra disposición, o una determinación del entorno en el que actuamos, sino la estructura más profunda de nuestro ser: somos tiempo.

Todo esto es, a mi parecer, de enorme interés, pero ¿qué relevancia tiene desde el punto de vista de la acción y más específicamente de las actividades relacionadas con el cuidado? Pues bien, que seamos tiempo tiene al menos dos consecuencias importantes en este contexto de análisis.

La primera es que, en razón de nuestras determinaciones más hondas como organismos vivos, no toda acción está disponible en cualquier momento de nuestra existencia. Desde este punto de vista, lo que prima es la oportunidad, eso que los griegos llamaban *kairos* y que los clásicos traducían como la ocasión o el momento

oportuno¹¹. Cualquier sociología del trabajo, de la reproducción o de la educación ha de tomar esto en consideración. Cuando la joven trabajadora pierde su oportunidad de promoción en el trabajo porque está embarazada o porque es ya madre, o cuando, alcanzada una cierta edad, tiene que apartarse de ciertos espacios públicos para dedicar su tiempo a la reproducción y la crianza, en todos estos casos el tiempo incorporado es el que tiene un protagonismo decisivo. Aquí no se depende de un tiempo que está a nuestra disposición, ni se trata de acomodarse a lo que mandan horarios o calendarios convencionales, sino que se trata de hacer socialmente posible lo que está inscrito en la estructura temporalizada del organismo. Que eso suponga desigualdad, derivas sacrificiales o discriminación en razón del género es evidente por sí mismo y habrá que hacerlo inteligible en términos de análisis social. Por decirlo en frase manida que aparenta decir más de lo que dice: el cuerpo temporalizado es también una construcción social. Pero cuando damos cuenta de esa construcción y atendemos al tiempo que en ella se dramatiza, hemos de subrayar siempre que ese tiempo no está fuera, ahí, en el mundo, sino aquí, en mí, y que es mi cuerpo.

La otra consecuencia que anunciaba es que, en razón de que somos organismos vivos y, por ello, seres temporalizados, estamos abocados a establecer sistemas sociales de solidaridad inter-generacional cuyos principios pueden ser más o menos racionales y justos, pero que han de exis-

tir por razones evolutivas. Me impresionó mucho, hace ya tanto tiempo, la teoría de la fetalización que el sociólogo alemán Arnold Gehlen adoptó y adaptó en términos sociológicos. Dice la tal teoría que nacemos prematuramente y que gran parte de nuestro proceso de fetalización o desarrollo fetal no ocurre en el vientre de nuestra madre, sino en el seno del grupo social que, convertido en un gran útero, ha de cuidarnos para que asegurar nuestra viabilidad. Esto significa que el cuidado de la generación joven –pero es evidente que se podría alargar la tesis al cuidado de la generación anciana– constituye una tarea que habría que considerar como un destino manifiesto –asumible y realizable de muchas maneras socio-culturales, pero al fin y al cabo ineludible–. El tiempo incorporado marca nuestra capacidad de acción. El poder de que disfrutan los organismos maduros no puede ser arbitrario, sino que es un poder para asumir la obligación de cuidado que le compromete con las generaciones más jóvenes y más ancianas, ambas desvalidas. No asumir las responsabilidades sociales que arrastra consigo el tiempo incorporado es ponerse de espaldas a la gran responsabilidad evolutiva que contraemos por el hecho de nacer. Yendo incluso más lejos –y en este contexto serían de gran ayuda las reflexiones de Hans Jonas (1995) sobre lo que denominó el Principio de Responsabilidad– podríamos asegurar que ese deber de cuidado hay que alargarlo, yendo más allá de nuestros semejantes humanos, al conjunto de la naturaleza. El cuidado sería así la determi-

¹¹ La relevancia del *kairos* en la teoría del tiempo ha sido destacada últimamente por Marramao (1992). En el campo de la sociología, Jacques (1984) he construido su teoría del tiempo social sobre la contraposición *kronos/kairos*.

nación fundamental de lo vivo, la condición fundamental para asegurar nuestra viabilidad como especie en un mundo sometido a riesgos de destrucción ecológica.

Queden aquí estos simples apuntes que apuntan muy lejos y que, más allá del tiempo hecho cuerpo, nos llevan a plantear una semántica de largo alcance del cuidado acorde con sólidas tradiciones filosóficas y con temas centrales en esta época de la crisis ecológica que nos ha tocado vivir.

Cumple ahora hacer una breve aproximación a la otra metáfora del tiempo, para mostrar su pertinencia en la descripción y el análisis de las actividades de cuidado. En este cuarto supuesto el tiempo no es ni recurso, ni entorno externo de la acción, ni determinación de un cuerpo vivo, sino un *horizonte* que se contempla en la conciencia.

Nuestro lenguaje cotidiano colapsaría e impediría la comunicación si no introdujera constantemente distinciones entre lo que suponemos que ocurre en la actualidad, lo que ocurrió (o debió ocurrir) en el pasado y lo que eventualmente ocurrirá (o podrá ocurrir) en el futuro. Esta distinción pasado/futuro realizada en el presente de la acción es precondition de lo que podemos decir y hacer en el mundo. Desde las reflexiones de Agustín de Hipona (1984) sobre el tema, sabemos que pasado y futuro no son sino horizontes del presente en el que nos hallamos, nos interrogamos y actuamos. Por lo tanto, proponer que la cuarta metáfora del tiempo lo presenta

como un doble horizonte es tanto como decir que lo muestra como un paisaje o panorama que contempla la conciencia y en el que se sitúan las cosas que recordamos o las cosas que esperamos o barruntamos –con o sin temor, con o sin esperanza–.

Desde la perspectiva de la acción, ese doble horizonte del tiempo es precondition para resolver el problema del sentido de las cosas. Lo que vivimos adquiere o no sentido en el seno de historias o relatos que unen lo que ocurre con lo que ocurrió en el pasado, prologándolo hacia un final que se sitúa en un futuro¹². Ese sentido del final¹³ de los relatos es condición de posibilidad del sentido de lo que decimos y de la identidad en la que nos afirmamos. Ser una persona es estar situado en una historia (eventualmente colectiva) que viene del pasado y que nos encamina hacia un futuro en el que habrá de concluir.

Todo esto es muy evidente –o así parece–. Pero ¿qué relevancia tiene para el tema que nos ocupa, es decir, para las actividades de cuidado? La relevancia no es tan directa como en los casos anteriores, porque es de un orden más general, pero no deja de significarse. Para comprobarlo me voy a limitar a reflexionar sobre dos casos (que surgen, por cierto, de la investigación empírica) en los que los horizontes del tiempo se entranan en el modo de concebir la actividad de cuidado.

El primero surge al hilo de lo que, en la investigación anteriormente referida, conta-

¹² El análisis más completo (e influyente) sobre el relato y las aporías del tiempo se encuentra en la magna obra de Paul Ricoeur (1983-5).

¹³ La expresión es de Kermode (1983), que realiza un análisis sistemático sobre su honda significación cultural.

ba una trabajadora de turno de tarde que llegaba a su casa a tiempo todavía para acostar a los hijos y contarles las historias del día. En sí el caso es trivial: unos hijos que esperan y atienden, y una madre que, antes de dormirlos, los entretiene contándoles lo que ha deparado la jornada, qué ha ocurrido, qué han hecho los clientes, qué los jefes. Pero a poco que se atiende, tendremos que reconocer que lo que así se activa no es un suplemente de las actividades de cuidado, sino algo que es central en ellas: poner a disposición de aquellos a los que se cuida los relatos que los van situando en el mundo, que hilvanan las anécdotas del día, conformando una historia que se conecta con las historias de los días anteriores, hasta constituir las historias de la madre –o del padre, lo mismo da– que, contando cómo es el mundo, dan sentido al acontecer del grupo familiar, definen sus personajes, los sitúan en su despliegue en el tiempo y asignan sentido a lo que ocurre.

El segundo caso tiene que ver con la conformación moral del pasado, es decir, con la necesidad de convertirlo en fuente de enseñanzas morales que nos permitan fijar modelos plausibles de acción. El caso se refiere a las historias de familia que cuentan las jóvenes mujeres trabajadoras para enfrentar la experiencia que les toca vivir. En esas historias sobre la infancia aparece la madre como protagonista de un relato ambivalente: por un lado, como mujer entregada de forma incondicional a la crianza de los hijos; por otro, como un peón o, más duro aún, como la esclava de un varón que le impone el servicio a su persona y los hijos como un destino. Esas historias son historias morales, en las que el pasado es enjuiciado para conseguir un modelo plau-

sible en el presente y, sobre todo, despejar las incógnitas del futuro. Situarse en los horizontes del tiempo constituye, pues, la condición para definirse a sí mismo como actor que asume frente a los otros los deberes de cuidado que asumieron los que nos precedieron en el tiempo, pero intentando no caer en sus errores, esquivando el destino sacrificial ejemplificado en los protagonistas familiares de las historias de la infancia. Definir socialmente el cuidado sólo se logra así por medio de la puesta a disposición de un pasado convertido en un haz de historias.

4.3. CIERRE

Acabo aquí la exposición. Anunciaba al principio que pretendía abrirme a reflexiones que mostraran de qué manera en el plano de los cuidados y sus actividades el tiempo es un aspecto fundamental, pero también un aspecto complejo que hay que reconstruir en sus múltiples caras. Espero haber hecho plausible que esa complejidad es reconducible a las cuatro metáforas que he propuesto y que, al explorarlas, se hayan hecho a la luz aspecto decisivos del universo práctico de los cuidados que es el que aquí centra nuestra atención.

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV. (1978): *Le temps et les philosophes*. París, Payot/UNESCO, pp. 95-108.
- Adam, B. (1990): *Time and Social Theory*. Cambridge, Polity.
- (1999): "Cuando el tiempo es dinero.

Racionalidades de tiempo conflictivas y desafíos a la teoría y práctica del trabajo", *Sociología del Trabajo* 37, pp. 5-39.

Agustín de Hipona (1984): *Las Confesiones*. Barcelona, Bruguera.

Arendt, H. (1993): *La condición humana*. Barcelona, Paidós.

Blumenberg, H. (2003): *Paradigmas para una metaforología*. Madrid, Trotta.

Brumbaugh, R. S. (1978): "Metaphysical presuppositions and the study of time" en J.T. Fraser, N. Lawrence y D. Park (eds.), *The Study of Time III*. New York, Springer-Verlag, pp. 1-21.

Campillo, Inés (2010): "Políticas de conciliación de la vida laboral y familiar en los regimenes de bienestar mediterráneos: los casos de Italia y España" *Política y Sociedad* 47, 1, pp. 189-213.

Carrasco, C. y A. Recio (2001): "Time, work and gender in Spain" *Time & Society*, 10, 2/3.

Durán, M. A. (1988): *De puertas adentro*. Madrid, Instituto de la Mujer.

—(2000) "Uso del tiempo y trabajo no remunerado" *Revista de Ciencias Sociales*. (monográfico sobre género y desigualdades). n° 18.

Fraser, J. T. (1980): "Out of Plato's Cave: the Natural History of Time" , *The Kenyon Review*, 2, 1, pp. 143-162.

Gale, R. (ed.) (1968): *The Philosophy of Time*. New Jersey, Humanities Press.

García Sáinz, C. y S. Y. García Díez (2003): "El valor del trabajo más allá de su equivalente monetario" *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 17 (7-8), pp. 39-64.

Heidegger, M. (1998): *Ser y Tiempo*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria [Trad. de J. E. Rivera].

Jacques, E. (1984): *La forma del tiempo*. Buenos Aires, Paidós. [1982].

Jonas, H. (1995): *Le principe de responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. París, Ed. du Cerf [1979; trad. Barcelona, Herder, 1995].

Kermode, F. (1983): *El sentido de un final*, Madrid, Gedisa.

Lakoff, G. y M. Johnson (1991): *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid, Cátedra.

Legarreta, Matxalen (2008): "El tiempo donado en el ámbito doméstico. Reflexiones para el análisis del trabajo doméstico y los cuidados", *Cuadernos de Relaciones Laborales* 26, 2, pp. 49-73.

Lewis, J. D. y A. J. Weigert (1992): "Estructura y significado del tiempo social" en R. Ramos (comp.) *Tiempo y sociedad*, Madrid, CIS, pp. 89-131.

Malinowski, B. (1973): *Los argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona, Península.

Marramao, G. (1992): *Kairós. Apología del tempo debito*. Roma-Bari, Laterza. [Trad. Gedisa: Barcelona 2008].

Mauss, Marcel (1973): *Sociologie et anthropologie*. París, PUF.

Moore-Ede, M. C., Sulzman, F. M. y Fuller C. A. (1982): *The Clocks That Time Us: Physiology of the Circadian Timing System*. Cambridge, Massachusets. Harvard University Press.

Murillo, S. (1996): *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Madrid, Siglo XXI.

Prieto, C., R. Ramos y J. Callejo (eds.) (2008): *Nuevos tiempos del trabajo. Entre la flexibilidad de las empresas y las relaciones de género*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.

Ramos, R. (2007): "Metáforas sociales del tiempo en España: una investigación empírica" en C. Prieto (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Editorial Complutense y Editorial Hacer. Madrid, pp. 173-204.

—(2009): "Metáforas del tiempo en la vida cotidiana: una aproximación sociológica", *Acta Sociológica* 49, pp. 51-70.

Ricoeur, P. (1983-5): *Temps et récit*. Tomes I, II, III. París, Editions du Seuil.

5. EL REPARTO DEL CUIDADO EN AMÉRICA LATINA

Rosario Aguirre*

5.1. INTRODUCCIÓN

Aún reconociendo la gran heterogeneidad y las trayectorias nacionales particulares de los países latinoamericanos en materia de desarrollo del Estado Social¹, se pueden señalar, a pesar de las diferencias, ciertos rasgos comunes. Sigue existiendo una enorme desigualdad en el acceso a los mecanismos de protección social y una institucionalidad social débil. Las políticas públicas presentan notables desfasajes respecto a las transformaciones demográficas, familiares y de los mercados laborales.

En la actualidad, existe un extendido reconocimiento del limitado alcance que tuvieron sobre la pobreza y la desigualdad las políticas de los años noventa orientadas a la focalización y la privatización. Lo cual ha conducido a poner en la agenda política el debate de cómo los estados deben en el presente brindar protección social a su población.

El reciente retroceso de las reformas neoliberales y la victoria electoral de partidos políticos progresistas –en buena parte de la región– permite vislumbrar cambios en la matriz de protección social, con diferencias según las trayectorias históricas de los países. Como sugiere Filgueira (2011) las realidades políticas y las posibilidades técnicas estarían uniéndose y estaríamos encaminándonos hacia la creación de verdaderos regímenes de bienestar.

Los debates sobre los sistemas de protección social que se están desarrollando en la actualidad en estos países abren una oportunidad para incorporar como tema central el aporte de todas las formas de trabajo –remuneradas y no remuneradas– y sus implicaciones para el bienestar social y la equidad de género.

La primera década de este siglo muestra avances en varias direcciones:

- a) Se han aportado nuevos conocimientos acerca de las relaciones entre autonomía económica de las mujeres, efectivo ejercicio de sus derechos y división sexual del trabajo en los hogares.
- b) Se dispone de más conocimientos de las distintas dimensiones de la llamada “crisis del cuidado” y sus repercusiones en la reproducción de las desigualdades sociales y de género.
- c) Se le ha otorgado visibilidad estadística al trabajo no remunerado y su aporte a la economía y al bienestar.
- d) Se ha logrado su reconocimiento constitucional y legal en varios países
- e) Se ha incorporado el concepto de cuidado al lenguaje de las políticas sociales, al mismo tiempo que se debate sobre su contenido y significado.
- f) Se incorpora el marco analítico sobre la organización social del cuidado, lo que permite identificar el papel de las distintas esferas institucionales prestadoras de cuidado y su necesaria articulación para lograr una nueva organización social de los cuidados.

* Universidad de la República, Uruguay.

¹ Existe acuerdo en la literatura especializada en considerar que en América Latina no ha habido un verdadero Estado de Bienestar, dado que las prestaciones sociales del sistema de políticas sociales han carecido de la cobertura y calidades adecuadas.

g) Se comienza a considerar el cuidado como un problema de política pública que debe ser abordado en forma transversal a través de distintos arreglos institucionales.

Aún en los países en que se ha avanzado más en los debates (entre ellos Brasil, Chile, Costa Rica, México, Ecuador y Uruguay) aparecen tensiones derivadas de las demandas diferenciadas de distintos grupos que requieren cuidados.

Se hace presente el lastre del asistencialismo y del “maternalismo”. Se encuentran dificultades para transversalizar políticas, las que se ven enfrentadas a la fuerza de las relaciones de poder de los ámbitos sectoriales.

Adicionalmente, las demandas de reconocimiento de derechos y redistribución de responsabilidades que tienen como referente un marco general de justicia social se enfrentan a, por lo menos, tres concepciones y discursos de política que entran en tensión con el cuidado como derecho universal. El enfoque basado en la idea de inversión social en capital humano que prioriza la atención a la infancia y el desarrollo infantil. El enfoque antipobreza que antepone la urgencia en atender a los más desposeídos mediante programas sociales de diferente tipo. En tercer lugar, el desarrollo de políticas de

empleo que promueven la articulación entre familia y trabajo, como herramienta que facilita los tiempos de cuidado y la permanencia de las mujeres madres en el mercado de trabajo.

Al día de hoy se pueda afirmar que Uruguay tiene al cuidado en el centro de la agenda pública. Ello se explica por el legado histórico en materia de protección social² y por la articulación virtuosa entre academia, organización de mujeres, Instituto de las Mujeres y apoyo de la cooperación internacional. Este espacio permitió incorporar necesidades de cuidado de diferentes colectivos, construir la noción de derecho al cuidado y ser reconocido como esfera legítima de intervención pública. Un papel central le cupo a la red de Género y Familia que desde 2007 viene realizando acciones de intercambio académico, sensibilización pública e incidencia política con el apoyo de la cooperación internacional, especialmente UNFPA y UNIFEM (ONU Mujeres). A través de mesas de diálogo se debatieron distintas visiones y perspectivas sobre la necesidad de avanzar hacia la construcción de un sistema de cuidado. En ellas se presentaron estudios empíricos sobre los trabajos no remunerados, se analizaron desde el enfoque de género los principales servicios y prestaciones públicas de cuidados y se hicieron propuestas de criterios para el diseño de un sistema nacional de cuidados³.

² Argentina y Uruguay tuvieron los primeros planes de seguridad social y desarrollaron tempranamente sistemas masivos de educación básica y de salud pública.

³ Se concibe al sistema de cuidados como un componente central del sistema de protección social. Refiere al conjunto de acciones públicas y privadas intersectoriales que se desarrollan de forma articulada para brindar atención directa a las personas y apoyar a los integrantes de las familias en el cuidado de sus miembros. Se basa en la definición del cuidado como una dimensión de la ciudadanía social que no esté sesgada por el género, la raza, la clase social, el lugar en el territorio ni la etnia. (ver Red Género y Familia, 2011).

Es así que por una resolución del presente año el Poder Ejecutivo (863/010) creó un Grupo de Trabajo en el ámbito del Gabinete Social para coordinar el diseño del Sistema Nacional de Cuidados, con representantes de ministerios y organismos públicos⁴ cuyas propuestas serán sometidas en los últimos meses del presente año a discusión en mesas de debate con representantes de organizaciones sociales, actores políticos y gubernamentales. El propósito es lograr la integración de un sistema de políticas públicas de cuidado dentro de la matriz de protección social de la cual forman parte las políticas educativas, de empleo, de salud y de seguridad social. En este proceso que recién se inicia seguramente estarán presentes las tensiones derivadas de las consecuencias que tienen los distintos enfoques antes mencionados para el diseño del sistema de cuidados en gestación.

5.2. EL CUIDADO: UN CONCEPTO POLISÉMICO EN CONSTRUCCIÓN

En la región latinoamericana el debate académico y político sobre la noción de cuidado comienza recién con el inicio de este siglo, pero se incorpora a la investigación y a la agenda política en muy poco tiempo. Si bien se encuentran antecedentes teóricos en la literatura sociológica sobre la división del trabajo, en el pensamiento feminista sobre el trabajo do-

méstico y en documentos emanados de organismos internacionales, la utilización actual de la noción de cuidado busca establecer un campo específico de problemas de investigación y de intervención social que cuenta con actores, instituciones y formas relacionales propias.

En la literatura especializada y en los debates políticos actuales refiere al conjunto de actividades, ya sean remuneradas o no remuneradas, destinadas al bienestar de las personas. Es concebido bajo la forma de un apoyo multidimensional: material, económico, moral y emocional a las personas dependientes, pero también a toda persona, en tanto sujeto en situación de riesgo de pérdida de autonomía.

Una visión multidimensional del cuidado abarca distintas dimensiones dependiendo de las características de las personas cuidadas. La dimensión *material* implica el uso del tiempo en la realización de la tarea y el costo económico que conlleva. La dimensión *cognitiva* refiere al conocimiento y las destrezas necesarias. La dimensión *relacional* alude a los vínculos “invisibles” entre la persona que cuida y la que es cuidada. La dimensión *emocional* supone una cierta gestión de la expresión de las emociones⁵.

Involucra tanto a quienes otorgan cuidado como a quienes lo reciben. Como relación social, en ella se encuentran rela-

⁴ Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República, convocando al Banco de Previsión Social, al Instituto del Niño y Adolescente, la Administración de Servicios de Salud del Estado, Gobiernos Departamentales y Municipales.

⁵ Ver la interesante propuesta de Angelo Soares (2010) para la distinción analítica de distintas dimensiones del trabajo en los servicios y específicamente en el cuidado.

ciones asimétricas atravesadas por el género, la edad, la raza o etnia y la clase social y por relaciones de poder que exige a las trabajadoras manejo de situaciones y calificaciones específicas.

El trabajo de cuidado que se realiza en los hogares, tanto si es realizado de forma remunerada como no remunerada, se encuentra en una zona imprecisa en la que se mezclan actividades propias del trabajo doméstico con aquellas específicas del cuidado.

Cuando lo realizan las empleadas domésticas, las tareas de cuidado quedan subsumidas en tareas genéricamente denominadas “domésticas”, las que no son valoradas de forma diferencial. Es así que cuando se determinan los salarios de las trabajadoras domésticas no se tiene en cuenta el valor diferencial del cuidado.

Existe otra zona de indefinición y es la relación entre cuidado infantil y educación inicial. La noción de cuidado es cuestionada por las y los educadores quienes identifican el cuidado con una actividad no profesional. Ello tiene consecuencias para el diseño institucional de la prestación de cuidados para los más pequeños.

En sentido estricto, el trabajo de cuidado que recibe atención pública refiere a los colectivos que demandan más tiempo y recursos para su atención. Es así que los debates actuales se focalizan en el cuidado de niños, adultos mayores, discapacitados y enfermos. Se tiende a poner el acento en los colectivos receptores de cuidado, descuidando a los que prestan cuidados en forma no paga o a las tra-

bajadoras remuneradas, ubicadas generalmente en empleos de baja calidad y con escasa visibilidad.

5.3. LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL CUIDADO EN DEBATE

A partir de los influyentes textos de Esping-Andersen (1993 y 2000) y de la crítica feminista de Ann Orloff (1993) se han desarrollado estudios que han incorporado en el análisis de las políticas sociales a los mercados, al Estado y a las familias para entender las operaciones básicas y los criterios que las orientan. La aplicación de este concepto a la organización social del cuidado se ha mostrado útil para conceptualizar los regímenes de cuidado de niños, enfermos y mayores dependientes. Permite observar las políticas sociales como un conjunto interrelacionado y tener en cuenta cuáles son las esferas institucionales que asumen el trabajo, la responsabilidad y el costo: Estado, familias, mercado y comunidad. Se intenta en la medida en que la información lo permite analizar empíricamente los servicios, las transferencias de dinero, los bienes y el tiempo proporcionados por las distintas esferas y la distribución de la provisión entre ellas.

La provisión del cuidado cruza diversos sectores: infraestructura, salud, educación, protección social, políticas de mercado de trabajo. Se avanza hacia una aproximación comprensiva e integradora en su estudio y en el diseño de políticas.

Los regímenes de cuidado en la región, si bien con diferencias entre países, son ca-

racterizados predominantemente como “familiaristas”, en tanto la responsabilidad principal del cuidado corresponde a las familias en cuyo seno las mujeres proporcionan cantidades enormes de trabajo invisible, con programas residuales dirigidos a las familias más pobres. Arriagada (2011) los designa como “mixtos” considerando que si bien el cuidado está fundamentalmente a cargo de las familias, también deben reconocerse un conjunto desarticulado de transferencias públicas y servicios sociales públicos y privados. Aún no se ha prestado suficiente atención a la diversidad de “mundos del cuidado remunerado” que se realiza en los hogares, donde coexisten relaciones de trabajo formales e informales, personal profesional y personal no calificado.

En la región la provisión de cuidados remunerados a los hogares está en una alta proporción a cargo de las empleadas domésticas, en proporción variable según la estructura social de los países. Esta actividad en la región concentra a la mayor proporción de empleadas en una ocupación. En general, están regidas por una normativa especial, con contenidos discriminatorios. Recientemente, Costa Rica

y Ecuador introdujeron reformas en la regulación de la jornada de trabajo o en el acceso a la seguridad social⁶.

La reciente ley 18.065 aprobada en 2006 en Uruguay marca un cambio radical en la normativa sobre el trabajo doméstico en casas particulares⁷. Se le define como “*el que se presta, en relación de dependencia, una persona a otra u otras, o a una o más familias, con el objeto de consagrarles su cuidado y su trabajo en el hogar, en tareas vinculadas a éste, sin que dichas tareas puedan representar para el empleador una ganancia económica directa*”. Se reconoce por primera vez a las empleadas del servicio doméstico los derechos laborales adquiridos por los trabajadores, como la jornada de ocho horas, el descanso intermedio de media hora para las que no viven en casa del empleador, y de dos horas para las que viven en la misma vivienda. También se establece un descanso semanal de 36 horas ininterrumpidas. Se reglamenta la indemnización por despido, el derecho a subsidio por desempleo y la cobertura de salud. La edad mínima para emplearse se fija en 18 años y queda establecido el sistema de fijación del salario en forma tripartita⁸. Una de las aspiraciones

⁶ En Argentina, en marzo de 2010 el Poder Ejecutivo Nacional elevó al Parlamento un proyecto de ley para la creación de un “Régimen especial de contrato de trabajo para el personal auxiliar de casas particulares”, con el régimen general establecido en la Ley de Contrato de Trabajo. Establece la extensión de derechos en relación al salario, horas extras, duración de la jornada de trabajo, descanso semanal, licencia por maternidad y el preaviso, indemnización, subsidio por maternidad y asignaciones familiares. Aprobado en la Cámara de Diputados está pendiente su aprobación por el Senado. Actualmente existen distintas interpretaciones sobre el impacto que la modificación del estatuto vigente desde 1956 tendrá en los aportes de los empleadores.

⁷ Esta ley fue redactada y consensuada tripartitamente (gobierno, empleadores y trabajadores) y votada por unanimidad en el Parlamento Nacional.

⁸ En 2008 en la tercera ronda de los Consejos de Salarios se agregó un nuevo grupo, el grupo 21, de las trabajadoras del hogar o servicio doméstico y se designó a la Liga de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios como representante del sector empleador.

del sindicato que las nuclea (Sindicato Único de Trabajadoras Domésticas, SUTD) es llegar a una categorización que reconozca las diferentes actividades del trabajo doméstico y del cuidado y establezca una valorización económica diferencial⁹.

Debe tenerse presente que la provisión de cuidados remunerados a los hogares se realiza no solamente a través del típico servicio doméstico sino también a través de otras modalidades por trabajadoras “niñeras”, “acompañantes”, auxiliares de enfermería, prestadoras individuales o a través de empresas.

Una característica nueva en pleno desarrollo en los últimos años –en auge en Uruguay– es la expansión de “segundas familias”¹⁰, modalidad de prestación mercantil de servicios de compañía en domicilio y en centros sanitarios, principalmente a personas mayores.

Las trabajadoras de estas empresas de cuidado a los mayores son por lo general de edades intermedias y carecen de experiencia profesional previa. Tienen barreras para organizarse por razones de género: existencia de un sentimiento de responsabilidad por el bienestar ajeno, imposibilidad de conseguir otro trabajo por razones de edad o de no tener tra-

yectoria laboral anterior en el mercado. Un trabajo antes cumplido sin pago, como cuidado familiar, se mercantiliza sin adquirir un status profesional, carente de protección social.

Una visión abarcativa de las distintas modalidades de provisión de cuidados en los hogares llevaría a mostrar que esta alternativa es utilizada no sólo por los estratos de más altos ingresos sino que existe una oferta disponible para “consumidores” de cuidado en los distintos niveles socioeconómicos.

La rentabilidad de los servicios de cuidado infantil y a los mayores depende en gran medida de la oferta de calidades dispares según la capacidad de pago de los usuarios, presentando una alta proporción de trabajo femenino precario e informal.

5.4. INNOVACIONES EN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN. LAS ENCUESTAS SOBRE USO DEL TIEMPO

Los indicadores elaborados en los países en los que se han realizado encuestas de uso del tiempo para la medición del trabajo no remunerado han tenido un papel fundamental en la visibilización estadística. Es-

⁹ La Organización Internacional del Trabajo (OIT) impulsa el proyecto de convenio sobre “Trabajo decente para las y los trabajadores domésticos” en la Conferencia Anual n° 100, Ginebra, 1° al 17 de junio 2011. Con fecha 1 de junio de 2011 el Senado de Uruguay emitió una declaración de respaldo a la delegación oficial que representa al país en Ginebra en relación al apoyo a la aprobación del proyecto de convenio que “reconociendo que estas normas garantizan a los y las trabajadoras domésticas los derechos fundamentales del trabajo en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana, avanzando con ello en el logro del bienestar de las personas y el progreso social y económico de sus países”.

¹⁰ Esta es la expresión utilizada por un empresa para promocionar sus servicios de acompañantes en domicilio y en centros sanitarios.

tos indicadores se han constituido en una herramienta política que es utilizada por organizaciones y redes de mujeres, actores políticos y agencias internacionales. Los estudios empíricos a partir de encuestas de uso del tiempo en los hogares han proporcionado fuertes evidencias sobre las desigualdades sociales y de género que pueden ser visibilizadas a través del uso del tiempo e en el trabajo que se realiza por fuera del ámbito mercantil. Han sustentado el reconocimiento constitucional y legal del trabajo no remunerado en países como Bolivia y Ecuador. Es un ejemplo del papel central que tiene la producción de conocimientos para las organizaciones sociales, actores políticos y decisores.

En los últimos 10 años se realizaron 18 encuestas en 12 países de la región, módulos o preguntas de uso del tiempo destinadas a captar el trabajo no remunerado. En la última ronda de encuestas ha habido un notorio progreso en el mejoramiento de la calidad de la información, aunque todavía el análisis comparativo plantea importantes retos. La clasificación de actividades y el grado de desagregación no es homogénea. La cobertura de las muestras es variable (metropolitanas, regionales y nacionales). Existen diferencias en el período de referencia y variaciones en la elección de la persona que responde la encuesta.

En el caso uruguayo se ha desarrollado un interesante proceso de interacción de actores en las distintas fases de diseño y ejecución de las encuestas en el que participaron investigadores/as nacionales y extranjeros, productores de información, usuarios, tomadores de decisiones y cooperación internacional.

El Grupo de Investigación del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República acompañó este proceso directamente y a través de la Red de Género y Familia. En todo este proceso se ha contado con el invaluable apoyo y estímulo de los trabajos de María Ángeles Durán y del grupo de investigación “Tiempo y Sociedad” que ella dirige en el CSIC.

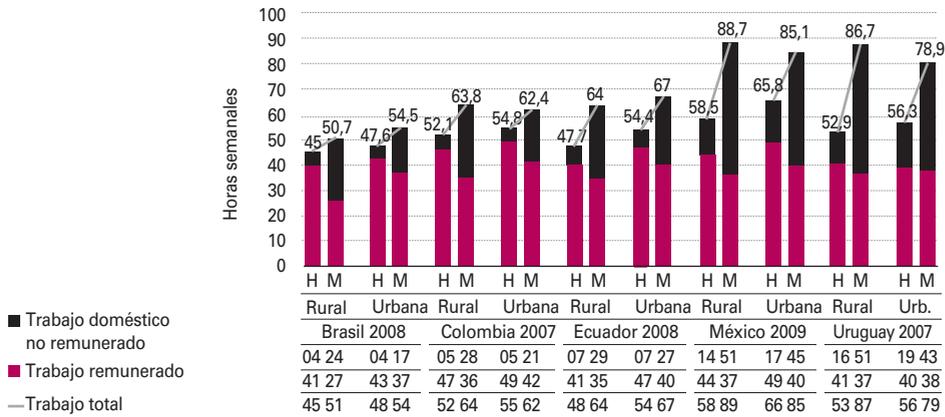
5.5. LOS AVANCES REGIONALES EN LA MEDICIÓN DEL TRABAJO NO REMUNERADO Y DEL CUIDADO

Desde el punto de vista de la elaboración y análisis de la información la innovación más importante es el indicador de carga global de trabajo. Este indicador junto con los indicadores sobre tasas de participación y tiempo promedio destinado al trabajo no remunerado y al cuidado infantil son los que han impactado más en los debates iluminando la situación de la división sexual del trabajo en la región. El trabajo de CEPAL “Recopilación de experiencias de encuestas de uso del tiempo en los países” realizado por la División de Asuntos de Género (2010) constituye insumo invaluable para el avance del conocimiento sobre las desigualdades de género y la división sexual del trabajo en la región.

La carga global de trabajo en países seleccionados

Las principales tendencias que muestran los indicadores de la carga global de trabajo en los cinco países seleccionados por CEPAL (Brasil, Colombia, Ecuador, México y Uruguay) son las siguientes:

GRÁFICO 21 América Latina (5 países) Tiempo destinado al trabajo total según sexo y área de residencia (Población ocupada de 15 años y más, en horas semanales)



Fuente: Boletín del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe N° 2 abril 2011.

1. La carga global de trabajo femenina es mayor a la masculina. Más allá de las diferencias en las magnitudes, en todos los casos los tiempos de trabajo total es mayor para las mujeres que para los hombres.
2. El tiempo promedio del trabajo remunerado de las mujeres es siempre inferior al de los varones ya que dedican la mayor parte de su tiempo al trabajo no remunerado
3. Las brechas entre mujeres y varones en la carga global de trabajo son mayores en el medio rural (con excepción de Brasil).

La persistente desigualdad del reparto de trabajo en el hogar cuando se trabaja para el mercado

La información obtenida revela que cuando las mujeres trabajan en forma remunerada, aún cuando lo hagan a tiempo com-

pleto, la participación y el tiempo destinado al trabajo sigue siendo muy desigual. A igual tiempo de trabajo para el mercado el tiempo que destinan hombres y mujeres al trabajo no remunerado es sustancialmente distinto. Con jornadas reducidas de hasta 20 horas semanales, los hombres destinan 16 horas semanales al trabajo no remunerado y las mujeres 41 horas. Con jornadas muy extensas (mayores a 41 horas semanales) los hombres destinan 14 horas y las mujeres 29 horas. Las marcadas desigualdades del reparto del trabajo no remunerado aún cuando las mujeres trabajan para el mercado y las mayores diferencias cuando ellas tienen jornadas laborales a tiempo parcial desata debates sobre el papel que tiene el trabajo a tiempo parcial como impedimento para el logro de un mejor balance de género en los hogares.

Dado el escaso tiempo promedio que destinan los varones al trabajo no remunera-

CUADRO 1. Uruguay: tiempo promedio dedicado al trabajo no remunerado por sexo según extensión de la jornada laboral

Jornada laboral	Tiempo promedio mujeres	Tiempo promedio varones	Dif. M/V
Hasta 20 h	41,6	16,2	25,4
21 a 40 h	33,9	16,4	17,5
41 h y más	29,2	14,5	14,7

Fuente: En base al Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la Encuesta Continua de Hogares, 2007, INE

do es esperable encontrar que sus jornadas de trabajo no remunerado sean muy reducidas.

Se encuentra que hay una proporción importante de hombres ocupados que no realizan trabajo no remunerado (14%) y otros que trabajan menos de 5 horas semanales (22%), en el colectivo de mujeres se observa una proporción alta de mujeres ocupadas que realizan más de 50 horas a la semana (25%). Las notables diferencias en las jornadas de trabajo plantea de manera clara la necesidad de pen-

sar en la reorganización social y familiar de los tiempos del trabajo.

Vivir en familia y desigualdades en la carga global de trabajo

Vivir en un hogar unipersonal supone para varones y mujeres asumir una carga de trabajo equivalente. Sin embargo, cuando se vive en pareja aparece el desbalance en la carga global de trabajo la cual se agudiza en los hogares biparentales con hijos, que es donde las mujeres tienen la mayor carga de trabajo. En los hogares trigeracionales hay también una alta carga de trabajo de las mujeres y una elevada desigualdad de género. Se podría hipotetizar que esta mayor prescindencia masculina en estos hogares podría deberse a la existencia de arreglos familiares más tradicionales en los que buena parte de las tareas de cuidado son asumidas por las abuelas.

Desigualdades sociales y desigualdades de género en el trabajo no remunerado

En la región las grandes desigualdades sociales están estrechamente vinculadas a la

CUADRO 2. Uruguay: distribución de los/las ocupados/as que realizan trabajo no remunerado según horas promedio semanal

	Horas semanales de trabajo remunerado											T	
	0	1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50		+50
Mujeres	4,3	6,7	7,5	8,1	7,6	6,8	7,5	7,1	6,7	6,7	4,9	25,0	100
Varones	14,6	21,5	16,8	13,0	10,1	6,8	4,8	3,3	2,6	2,0	1,5	3,0	100

Fuente: En base al Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la Encuesta Continua de Hogares, 2007, INE.

CUADRO 3. Uruguay: carga global de trabajo en horas promedio semanales según estructura del hogar y sexo

Estructura hogar	Mujeres	Varones	Dif. M/V
Unipersonal	65,7	64,5	0,8
Pareja sola	70,5	62,6	7,9
Biparental	77,3	65,7	11,6
Monoparental	72,9	57,1	15,8
Trigeneracional	74,1	60,7	13,4
Otros extensos y compuestos	70,4	61,69	8,5
Total	73,8	640	68,3

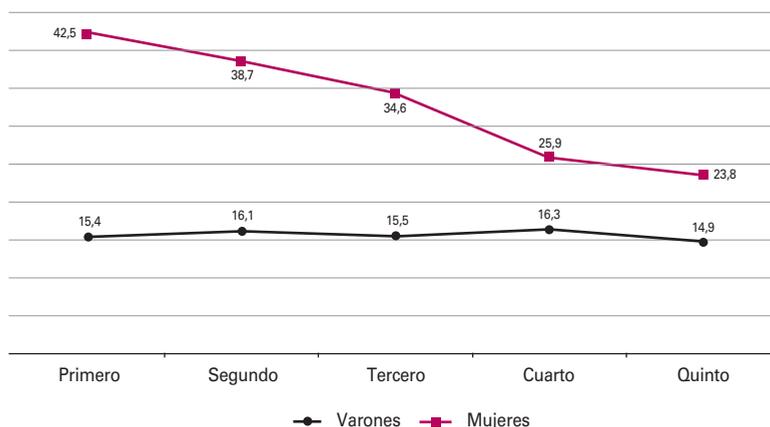
Fuente: En base al Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la Encuesta Continua de Hogares, 2007, INE

provisión desigual del cuidado familiar y social conformando un círculo vicioso dado que quienes tienen más recursos dis-

ponen de mayor acceso a cuidados de calidad, cuando además tienen menos miembros que cuidar. Aquellos que disponen de menores recursos monetarios para acceder a los cuidados mercantiles y que tienen más cargas de cuidado acumulan desventajas por el mayor peso del trabajo doméstico familiar, por las dificultades en el acceso a los escasos servicios públicos y la necesidad de recurrir a cuidadoras “informales”.

Las mujeres con más alta dedicación al trabajo no remunerado son las más pobres. A medida que las mujeres se mueven del quintil más pobre al más rico disminuye su dedicación al trabajo no remunerado en el hogar. En cambio, en el caso de los varones su dedicación permanece casi invariable independientemente del nivel socioeconómico. La carga de trabajo no remunerado de las mu-

GRÁFICO 2. Uruguay: tiempo promedio semanal dedicado al trabajo no remunerado según sexo y quintiles de ingreso del hogar, 2007 (en horas)



Fuente: En base al Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la Encuesta Continua de Hogares, 2007, INE.

jeros pobres aparece como un indicador indispensable a la hora de diseñar políticas sociales dirigidas a atender las emergencias sociales.

5.6. EL REPARTO DEL CUIDADO INFANTIL FAMILIAR EN URUGUAY

Los indicadores sobre el tiempo de cuidado de los niños, en particular de los más pequeños, también han tenido un fuerte impacto en los debates.

Los resultados de la EUT 2007 de Uruguay ponen de manifiesto:

1. La mayor responsabilidad de cuidado infantil corresponde a las mujeres. Los varones tienen una menor participación e invierten menos tiempo en las actividades de cuidado.

2. Las mujeres destinan más del doble de tiempo semanal que los varones al cuidado de los niños.

3. El mayor tiempo dedicado a la atención infantil se incrementa en los tramos del ciclo vital asociados a la tenencia de niños y niñas, mientras que en el caso de los varones permanece casi constante.

4. La magnitud del tiempo destinado a las actividades de cuidado se incrementa en los niveles socioeconómicos más bajos.

Quiénes cuidan a los niños/as en los hogares

La división sexual del trabajo de cuidado infantil al interior de los hogares sigue líneas de género muy definidas en el tipo de tareas que realizan mujeres y varones

CUADRO 4. Uruguay: proporción de tareas de cuidado infantil realizadas por los integrantes de los hogares según presencia de niño/as hasta 5 años

Parentesco	Niño 1 año	Entre 1 y 2 años	Entre 3 y 4 años	5 años	Total
Pareja					
Varón	15	23	23	21	21
Mujer	61	55	58	69	58
Hijas/as					
Varón	2	2	4	1	3
Mujer	13	13	9	5	11
Parientes					
Varón	1	2	1	0	1
Mujer	8	5	6	3	6
Total	100	100	100	100	100

Fuente: En base al Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la Encuesta Continua de Hogares, 2007, INE.

CUADRO 5. Uruguay: horas semanales destinadas al cuidado infantil en los hogares según presencia y edad de los niño/as

Hogares según presencia de niños en el hogar por edades	Mujeres	Varones	Dif M/V
Al menos un menor de 3 años	24,1	11,7	12,4
Al menos un menor de entre 4 y 5 años	15,7	9,1	6,6
Al menos un menor de entre 6 y 12 años	11,4	7,6	3,8

Fuente: En base al Módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado de la Encuesta Continua de Hogares, 2007, INE.

y también en la intensidad y cantidad de tiempo dedicada a las mismas.

En los hogares con menores de 6 años, para todos los roles al interior del hogar, la división sexual del trabajo está muy marcada. La persona responsable del hogar si es mujer realiza una proporción altísima de las tareas de cuidado infantil. Esta proporción es más acentuada cuanto menor es el niño y la brecha mayor se observa en los menores de un año. A partir de que los niños cumplen un año aumenta levemente la proporción de tareas de cuidado que realizan los padres. Las hijas también participan en el cuidado de sus hermanos pequeños, no así los hijos varones. Se hace visible el protagonismo de las mujeres de la parentela (abuelas fundamentalmente) en el cuidado infantil, sobre todo de los más pequeños, a diferencia de lo que sucede con los abuelos.

Estas características sugieren la necesidad de observar la evolución en el tiempo de esas características, para poder contar con más elementos de evaluación de los cambios y permanencias en las relaciones de género en las parejas y entre genera-

ciones, cambios que parecen ser todavía muy lentos y donde aún se mantiene una rígida división de las tareas de cuidado de los niños entre varones y mujeres.

Los niños pequeños, los mayores consumidores de tiempo

La existencia de uno o más niños en el hogar así como la edad de los mismos están en directa relación con el tiempo que dedican los integrantes de los hogares a su cuidado. Los hogares en los que más tiempo se destina al cuidado infantil son aquellos con niños más pequeños, menores de 3 años. La dedicación semanal en estos casos asciende a 24 horas para las mujeres y a 11 horas para los varones. Cuando el menor de los hijos tiene entre 4 y 5 años, el número de horas se reduce significativamente para ambos y continúa descendiendo en los hogares que tienen un hijo menor entre 6 y 12 años. Se observa que cuanto menor es el niño o niña, mayor es la diferencia que aparece en la dedicación de mujeres y varones.

En años recientes varios países han colocado en la agenda pública el tema de la

educación preescolar y países como Costa Rica, Perú, Uruguay y países del Caribe han hecho esfuerzos para su ampliación. Según CEPAL (2009) que toma los datos de cobertura del tramo de edad de 3 a 5 años, aún los países que tienen mayor cobertura, de los que se tiene información, esto es, Venezuela, Chile, Argentina y Brasil, Uruguay la cobertura representa apenas dos tercios de la asistencia a la educación primaria, con la excepción de Uruguay que alcanza un 74% debido a la expansión de la educación preescolar que adquirió carácter obligatorio para los niños de 4 y 5 años.

En todos los países la cobertura institucional de la atención de los niños pequeños, especialmente de aquellos comprendidos entre 0 y 3 años es muy reducida, los indicadores antes mencionados han mostrado la importancia del tiempo destinado a su cuidado. Numerosos estudios han revelado que son precisamente los problemas derivados del cuidado de los niños más pequeños los que más inciden en la posibilidad de trabajo de las madres con hijos.

En el caso de Uruguay hay que considerar que el país en términos de cobertura presenta dos realidades bien diferenciadas según se trate de niños de 0 a 3 años de edad o niños ubicados entre 4 y 5 años. Estos a partir de la reforma educativa de 1995 están incorporados a la educación preescolar obligatoria, para la cual existen servicios públicos gratuitos.

Para los niños de 0 a 3 años prácticamente no existen servicios institucionales públicos, a excepción de aquellos destinados

a sectores de bajos recursos (Centros de Atención a la Infancia y la Familia, CAIF). La relativa alta cobertura del 21% para los niños menores de 3 años se explica por la combinación de este programa estatal dirigido a los sectores más pobres y al surgimiento de centros privados dirigidos tanto a la demanda de altos ingresos como a los de medios y bajos. Para estos últimos existen servicios informales a cargo de mujeres que cuidan en sus domicilios.

Se ha avanzado en el desarrollo de instancias de regulación, supervisión y control de la oferta privada existente. Por otra parte, en este período de gobierno se han destinado recursos para ampliar el número de servicios de atención educativa para enseñanza primaria que brindan atención de tiempo completo en áreas de contexto sociocultural crítico, actualmente se están realizando estudios para elaborar propuestas para su universalización.

El actual debate sobre las distintas configuraciones para el cuidado de los niños más pequeños da cuenta de posiciones diversas en los actores involucrados (trabajadoras de los servicios educativos, expertos en cuidado infantil). También entran en juego las preferencias de madres y padres acerca del modelo de cuidado que debería implantarse en el país, cuestión que recién comienza a estudiarse.

Una tarea pendiente: avanzar en el conocimiento del tiempo de cuidado de los mayores dependientes

Por el momento las encuestas sobre uso del tiempo realizadas en la región han proporcionado poca información sobre el cui-

dado de los mayores dependientes. En muchas de ellas no se realizan preguntas específicas para captar a esta población, por lo que aparecen incluidos dentro de categorías más amplias que incluyen a dependientes discapacitados o enfermos. Por otra parte, como lo muestran varios estudios (entre otros, Aguirre, Batthyány, 2003), la captación del este tipo de cuidados se hace difícil por la situación de “acostumbramiento” que se produce en los familiares que cuidan, que hace que no reconozcan como cuidados las actividades que realizan en forma cotidiana.

La atención a las situaciones de dependencia de los mayores plantea en Uruguay –uno de los países más envejecidos de la región– un reto que se busca atender en el marco del sistema nacional de cuidados sometido actualmente a debate. Como en el resto de los países los servicios de cuidado para personas mayores y enfermas no fueron desarrollados, salvo las modalidades asistenciales para los más pobres y para la internación crónica de estos sectores.

Se han realizado algunos avances en el contexto de la reforma del sistema de salud que se propone la universalización sobre la base de un modelo solidario de cotización obligatoria, que separa financiamiento y prestación, la expansión de la atención primaria y la atención a la transversalidad de género. Por su parte, la seguridad social promueve la formalización de la fuerza de trabajo y reconoce a los efectos jubilatorios el trabajo de cuidados de las madres trabajadoras que adquirieron el derecho a incorporar un año adicional de servicios por cada hijo nacido

vivo o por cada hijo adoptivo, con un máximo de cinco años. Como señala Montaña (2010) el reconocimiento del cuidado realizado por las mujeres por parte de la seguridad social uruguaya es un logro importante en términos de justicia redistributiva, aunque esté limitado a aquellas que son madres.

5.7. DESAFÍOS Y SUGERENCIAS

Se ha avanzado en la región en la realización de análisis sobre los tiempos del cuidado en base a información sobre el uso del tiempo y el trabajo no remunerado, posibilitando la construcción de indicadores centrales para visibilizar las desigualdades de género. Se han aportado nuevos indicadores, tales como carga global de trabajo, tasa de participación en las actividades no remuneradas y tiempo promedio destinado al trabajo no remunerado, como forma de conocimiento respecto a la situación de la división sexual del trabajo en la región.

Se espera que se mantengan las encuestas de uso del tiempo en los sistemas estadísticos nacionales y que se realicen con una periodicidad razonable, sin perjuicio de continuar los debates metodológicos y técnicos en los ámbitos que han dado impulso a esta corriente innovadora.

Es esperable que estos indicadores se integren en los sistemas de información y en las prácticas de gestión de los organismos públicos y privados.

El avance en los debates sobre la organización social del cuidado nos plantea la

necesidad de generar más información y nuevos conocimientos:

- Incorporar a las encuestas de hogares preguntas relativas a los trabajos que realizan las trabajadoras domésticas en casas particulares, de manera que se pueda captar de forma diferencial la existencia de trabajo doméstico y situaciones de cuidado a dependientes.
- Avanzar en el conocimiento del tiempo de cuidado de los mayores dependiente, profundizando los aspectos socio-sanitarios.
- Revisar las clasificaciones de las ocupaciones del trabajo remunerado de cuidados domésticos de manera de avanzar hacia un clasificador estándar de las ocupaciones remuneradas de cuidado. Estos trabajos aunque están recogidos en los relevamientos de las encuestas de hogares aparecen ocultos por estar dentro de categorías ocupacionales y ramas de actividad que dificultan los análisis desagregados.
- Mejorar la captación de la simultaneidad entre cuidado, trabajo doméstico y trabajo para el mercado para permita identificar a las mujeres que laboran en sus domicilios como adaptación a la carencia de cuidados.
- Estudiar el mercado de trabajo del cuidado, las condiciones de vida y trabajo de las personas que están contratadas en los diversos servicios de cuidados públicos, privados con financiamiento público y privados.
- Desarrollar conocimientos sobre las diferentes culturas del cuidado y las preferencias sobre el tipo de cuidados a recibir.

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, Rosario (2011): "Los cuidados entran en la agenda pública", *Uso del tiempo, cuidados y bienestar*, Desafíos de Uruguay y la región. *Revista de Ciencias Sociales*, n° 27.

— (2007): "Familias como proveedoras de servicios de cuidados". Ponencia del Seminario Género y Cohesión Social, en: Judith Astelarra, (coord.), *Género y Cohesión Social*. Documento de Trabajo n° 16. Fundación Carolina – CeALCI, Madrid.

— (2003): *Género, ciudadanía social y trabajo*, DS, FCS, UDELAR/Doble Clic, Montevideo.

AGUIRRE, Rosario y Lucía Scuro Somma (2010): "Panorama del sistema previsional y género en Uruguay. Avances y desafíos", serie *Mujer y desarrollo*, N° 100, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

ARRIAGADA, Irma (2011): "La necesidad de políticas para la organización social del cuidado", *Observatorio Social* n° 30. Modelos de familia y políticas públicas. Marzo 2011. Buenos Aires.

BATTHYÁNY, Karina (2009): "Cuidado de personas dependientes y género", en R. Aguirre (coord.), *Las bases invisibles del bienestar. El trabajo no remunerado en Uruguay*. INE, INMUJERES, UDELAR, UNIFEM, UNFPA, Montevideo.

FILGUEIRA, Fernando (2011): "Pasado, presente y futuro del Estado Social Latinoamericano: coyunturas críticas, decisiones críticas", en: *Protección social en*

salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas. Hernández Bello A. y Rico, Carmen Ed. IDRC, Bogotá.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2009): *Panorama Social de América Latina 2009*, CEPAL, Santiago de Chile.

ESPING-ANDERSON, Gösta (1993): *Los tres mundos del Estado de Bienestar*, Edicions Alfons el Magnànim, Valencia.

—(2000): *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Ariel Sociología, Barcelona.

INE (2008): *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en Uruguay. Módulo de la Encuesta Continua de Hogares* <http://www.ine.gub.uy>, en línea fecha consulta: mayo 2011.

MARCO NAVARRO, Flavia (2010): "Presencia femenina y ausencia estatal: el cuidado de la primera infancia en el Ecuador y el Estado Plurinacional de Bolivia" en: Sonia Montaña Virreira y Coral Calderón Magaña (coords.), *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*. CEPAL, AECID, UNIFEM. Cuadernos de la CEPAL 94. Santiago de Chile.

MARCO NAVARRO, Flavia y Corina Rodríguez Enríquez (2010): "Pasos hacia un marco conceptual sobre el cuidado", en: Sonia Montaña Virreira y Coral Calderón Magaña (coords.), *El cuidado en acción*.

Entre el derecho y el trabajo. CEPAL, AECID, UNIFEM, Cuadernos de la CEPAL 94, Santiago de Chile.

MONTAÑO, Sonia (2010): "El cuidado en acción", en: Sonia Montaña Virreira y Coral Calderón Magaña (coords.), *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*, CEPAL, AECID, UNIFEM, Cuadernos de la CEPAL 94, Santiago de Chile.

Red Género y Familia (2011): *Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Un componente fundamental del sistema de protección social*. ONU Mujeres UNIFEM. Montevideo.

RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, Corina (2010): "La organización del cuidado de niños y niñas en la Argentina y Uruguay", en: Sonia Montaña Virreira y Coral Calderón Magaña (coords.), *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*. CEPAL, AECID, UNIFEM. Cuadernos de la CEPAL 94, Santiago de Chile.

ORLOFF, Anne (1993): "Gender and the Social Rights of Citizenship: The Comparative Analysis of State Policies and Gender Relations", *American Sociological Review ASR*, Vol. 58, n° 3, pp.303-328.

SOARES, Angelo (2010): "As emoções do "Care". Colóquio Internacional *O que é o "care"?* Emoções, divisao do trabalho, migrações. 26 y 27 agosto 2010. Universidade de Sao Paulo.

6. TRABAJO NO REMUNERADO Y DESIGUALDADES DE GÉNERO. LA IMPORTANCIA DE HACER VISIBLE EL CUIDADO Y LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LOS HOGARES*

Lilia Jara**

6.1. INTRODUCCIÓN

La importancia del trabajo no remunerado ha permanecido históricamente invisible en términos de su contribución al desarrollo económico y social, así como al bienestar de las familias y las sociedades. La falta de reconocimiento de la importancia económica y social del trabajo no remunerado se refleja en desventajas en el acceso a los recursos económicos y de protección social de quienes lo realizan. Debido a la división tradicional del trabajo por sexo, la mayor parte del trabajo no remunerado que se realiza en los hogares y la comunidad está a cargo de las mujeres y el trabajo remunerado que se realiza en el mercado está a cargo de los hombres. La poca valoración social del trabajo no remunerado constituye uno de los elementos de subordinación económica y social de las mujeres: es uno de los factores que legitima y reproduce los desbalances en la distribución de los recursos y el poder entre las mujeres y los hombres¹.

A pesar de la creciente integración de las mujeres al mercado laboral en las últimas décadas, la magnitud y la distribución de la carga de actividades no remuneradas que contribuyen al desarrollo y bienestar de los miembros del hogar y la comunidad no han cambiado sustancialmente. Esa situación se traduce en un aumento del tiem-

po total de trabajo que realizan las mujeres, tanto en el entorno del trabajo remunerado en el mercado laboral como en el entorno del trabajo no remunerado en los hogares. El efecto neto es una reducción en el tiempo discrecional disponible que las mujeres podrían dedicar a su desarrollo personal y bienestar personal y colectivo.

En el ámbito de los servicios de salud, los servicios que se producen mediante el trabajo remunerado se complementan con servicios que realizan los miembros de los hogares que no reciben remuneración. En el caso del cuidado de personas enfermas, discapacitadas y adultas mayores que no pueden valerse por sí mismas, una parte importante de los servicios de cuidados de salud –complementarios de los servicios del sistema de salud– se realiza en los hogares, principalmente a cargo de las mujeres. En un contexto de envejecimiento de la población y de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas que exigen atención a largo plazo, se vislumbra un aumento de las necesidades de cuidado, principalmente en los hogares. Al mismo tiempo, la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral resulta en una reducción del tiempo disponible para dedicar a los cuidados de salud no remunerados.

Si bien no hay por el momento una respuesta para ese dilema, es fundamental

* Con invaluable contribuciones de Rubén Suárez, Asesor Principal en Economía y Financiamiento de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

** Asesora en Género y Salud, Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

¹ Gómez, Elsa. "La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género". En: Organización Panamericana de la Salud, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, España. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*, Washington, DC, OPS, 2008.

avanzar en el reconocimiento y la valoración del trabajo no remunerado de cuidado de la salud que se realiza en los hogares para avanzar hacia un acuerdo equitativo y sostenible en la distribución de ese cuidado entre los diferentes actores sociales.

6.2. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

Cambio demográfico

La situación demográfica en las Américas se caracteriza por un estado de transición, con crecimiento de la población, bajas tasas de fecundidad y descenso de la mortalidad con diferencias entre los países.

En los últimos 60 años se triplicó la población en América Latina y el Caribe (ALC) y la mayor parte de la población vive en áreas urbanas. El proceso de envejecimiento se aceleró junto con la reducción de la tasa global de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer (EVN). La EVN en ALC aumentó en 18 años en los últimos 50 años. El 81% de las personas que nacen en la Región de las Américas vivirán más de 60 años y el 42% de ellas vivirán más de 80 años. El número de habitantes de 65 años y más de edad casi se cuadruplicó en el período 1960-2000 y se quintuplicó hasta 2010 (Figura 1). En el año 2000, la población de 60 y más años de edad fue de 44 millones; en 2025 ese número alcanzará los 100 millones y se espera que en 2050 se acerque a 200 millones de personas. Entre 2000 y 2025, la población de 80 y más años de edad habrá pasado de 5 a 15 millones de

personas y en 2050 será de 41 millones². Debido a que la EVN es más alta para las mujeres que para los hombres, ellas conforman la mayor parte de la población adulta mayor. Esa diferencia aumenta con la edad y alcanza una proporción de casi 155 mujeres por cada 100 hombres entre la población de 80 años y más en ALC (Figura 2). Este cambio demográfico observado en ALC se acompaña con un cambio epidemiológico que incluye la necesidad de atención a largo plazo para las enfermedades crónicas y por la dependencia funcional de los adultos mayores. Según las encuestas de salud de los adultos mayores (SABE) realizadas en siete ciudades en ALC, un alto porcentaje de personas de 60 y más años de edad, en su mayoría mujeres, tienen necesidades de atención por discapacidades (Figura 3).

Una fuente estable de ingresos de las personas adultas mayores son los planes de jubilación y pensiones, generalmente relacionados con el trabajo formal. Como se observa en la Figura 4, en la Región de ALC y con ciertas excepciones, la mayoría de la población que envejece no percibe ingresos por concepto de jubilación o pensiones de retiro. La situación es más grave para el caso de las mujeres, dada su menor afiliación a planes de aseguramiento, su esperanza de vida más larga y su prevalencia más alta de discapacidades.

En este contexto, las respuestas a las necesidades de cuidado de las personas que necesitan atención para sus discapacidades constituyen un desafío para los hogares y los sistemas y servicios de salud.

² Naciones Unidas, disponible en inglés en: http://esaun.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm

Cambio epidemiológico

Simultáneamente con la transición demográfica, la región de las Américas enfrenta una transición epidemiológica caracterizada por un cambio en las principales causas de mortalidad y morbilidad. En la mayoría de los países de la región, las enfermedades crónicas degenerativas y las causas externas, como los accidentes y los homicidios, fueron desplazando a las enfermedades transmisibles como causas principales de morbilidad y mortalidad.

La carga de la morbilidad y mortalidad es diferente entre los países y esas diferencias también se reflejan en el interior de los países. Por ejemplo, la mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT)³ en edades tempranas es mayor entre la población más pobre⁴. Si bien las ENT están fuertemente relacionadas con el envejecimiento de la población –aunque no exclusivamente–, los modos de vida no saludables (alimentación con alto contenido de grasas y falta de ejercicio físico, el consumo de tabaco y de alcohol), son factores de riesgo que contribuyen a la presentación de ENT en edades cada vez más tempranas. Las ENT presentan un desafío creciente especialmente en los países de ingresos medios y bajos: en 2008, el 72% de la mortalidad en ALC fue por ENT, y en el 2030 la mortalidad por ENT representará el 81% del total de la mortalidad⁵.

Las personas que viven más permanecen en sus hogares con grados altos de disca-

pacidad. La disponibilidad de servicios en los hogares disminuye especialmente por los cambios en la composición de los hogares (por ejemplo, familias más pequeñas, más hogares con jefas mujeres y sin cónyuge), la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral y las migraciones (que para los países receptores significa mano de obra remunerada para el cuidado).

6.3. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y LA DEMANDA DE SERVICIOS DE CUIDADO

Los cambios en los perfiles demográficos y epidemiológicos crean exigencias tangibles tanto para las familias como para los sistemas y servicios de salud. La discapacidad por enfermedades crónicas tiene efectos significativos en los sistemas de salud y de seguridad social. El envejecimiento de la población, la mayor prevalencia de ENT, la necesidad de servicios de salud y el nivel mínimo de ingreso de las personas adultas mayores son temas que se están introduciendo en las agendas de reforma de los sistemas de salud y de protección social; sin embargo, las agendas no reconocen el rol complementario de los servicios de cuidados no remunerados que se realizan en los hogares y la comunidad.

Las consideraciones de género en el análisis de políticas públicas de salud y de los sistemas de salud y de protección social

³ Principales ENT: enfermedad cardiovascular; cáncer; diabetes; enfermedades respiratorias crónicas.

⁴ Cotlear D, (ed): Population Aging. Is Latin America Ready? Washington, DC, World Bank; 2011. (Directions in development).

⁵ Nikolic, Irina A. et al. *Chronic Emergency: Why NCDs Matter*. World Bank; Health, Nutrition and Population Discussion Paper. July 2011.

son fundamentales para evaluar el efecto potencial de estas políticas –o la ausencia de las mismas– sobre el bienestar social.

Hay costos y beneficios de los servicios complementarios de salud y de cuidados que se producen con trabajo no remunerado en los hogares y en las comunidades, es decir, fuera del mercado. Estos son servicios complementarios de los servicios de cuidados médicos y asistenciales que se ofrecen a través de los sistemas de salud o del mercado.

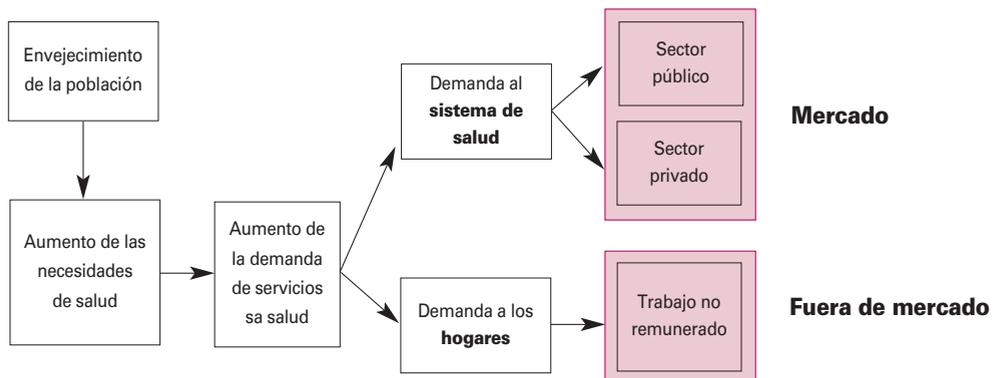
Desde una perspectiva integral, la falta de inclusión de los costos y beneficios del trabajo no remunerado en salud y cuidados personales, no permite reflejar el verdadero costo de los servicios ni la contribución de las mujeres a los beneficios económicos y sociales que se obtienen por estos servicios. En el análisis de beneficios en función de los costos del cuidado de la salud, se

debe considerar tanto el cuidado que se proporciona desde los sistemas de salud (mercado), como aquel que se provee en los hogares sin remuneración (fuera del mercado), como se observa en la Figura 5. Con este abordaje integral se podrá promover la valoración social del trabajo de cuidado no remunerado, tomar decisiones orientadas a una distribución equitativa del trabajo y contribuir al avance hacia la igualdad de género.

El cuidado en los hogares: costo social y desigualdades de género

La prestación de servicios de cuidado de salud ha sido históricamente parte del trabajo gratuito (no remunerado) que realizan principalmente las mujeres dentro de los hogares. Frente al aumento de la demanda de servicios de cuidado para las personas adultas mayores que no pueden valerse por sí mismas y en un contexto de

FIGURA 5. Distribución de la demanda de servicios de salud



Fuente: Jara, L, Suárez R. OPS, Grupo de Trabajo Medición del Trabajo No-remunerado en servicios de salud. Washington, DC, OPS, 2011.

mayor integración de las mujeres en el mercado laboral, se puede ver afectada la oferta de cuidadores no remunerados. La reducción de la oferta de esos servicios no remunerados es inversamente proporcional al aumento de la demanda de servicios de atención relacionada con el envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas propias de la longevidad. Si bien este tema es central en el debate de los sistemas de salud, en un estudio realizado en varios países por la OCDE⁶, se señala que las conexiones entre el cuidado a largo plazo en los hogares y los sistemas de salud son generalmente muy pobres.

La demanda de cuidados a largo plazo aumenta por las transformaciones demográficas y epidemiológicas, pero también por los cambios tecnológicos⁷. Estos facilitan una mayor cantidad de servicios de cuidados de salud de mayor complejidad en los hogares que podrían sustituir a los servicios que se ofrecen en el mercado. Los cuidados no remunerados de la salud en los hogares comprenden tareas múltiples y simultáneas, y su magnitud y complejidad seguirán aumentando.

Hay varios estudios que muestran la repercusión del cuidado no remunerado en

la participación de las mujeres en el mercado laboral. Según las necesidades de cuidados de salud y cuidados personales de sus familiares, los cuidadores no remunerados pueden tener que disminuir el número de horas de trabajo remunerado formal, optar por un trabajo más flexible y menos remunerativo en el mercado informal o, en el peor de los casos, abandonar el mercado laboral y dedicarse exclusivamente al cuidado⁸. Por ejemplo, en Ecuador y según la Encuesta de Uso del Tiempo 2007, la gran mayoría de las personas que realizaban trabajo remunerado y de cuidado pertenecían al mercado informal⁹; en Santiago de Chile, en un estudio de cuidadores de salud en los hogares, 14% de las mujeres cuidadoras dejaron sus trabajos remunerados y 18% vieron disminuidos sus ingresos¹⁰; en Estados Unidos de América se encontró que cada hora adicional semanal de trabajo no remunerado se relacionaba con seis horas semanales menos en el mercado laboral¹¹.

Los sistemas de salud

Los cuidados de los sistemas de salud incluyen aquellos que se ofrecen a través de los sistemas públicos de salud (ministerios o secretarías de salud, programas de enfermedad y maternidad de los sistemas de

⁶ Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tiadens F.: *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. París, OCDE, 2011.

⁷ Ídem.

⁸ Medel J, Díaz X, Mauro A.: *Cuidadoras de la vida. Visibilización de los costos de producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres*. Santiago, Centro de Estudios de la Mujer, 2006.

⁹ Banco Mundial. Estudio no publicado sobre la Encuesta de Uso del Tiempo de Ecuador.

¹⁰ Medel, Díaz, Mauro. Ídem.

¹¹ Lilly MB, Laporte A, Coyte PC. "Labor market work and home care's unpaid caregivers: A systematic review of labor force participation rates, predictors of labor market withdrawal, and hours of work". *Milbank Quarterly* 85(4), pp. 641-690.

seguridad social u otros esquemas de aseguramiento social en salud) y a través de los proveedores privados de servicios de salud. En ambos casos, estos servicios se proveen a través de trabajo remunerado y se “consumen” en los hogares de manera gratuita, a precios económicamente no significativos (servicios de salud provistos por el sistema público) o a precios de mercado (servicios provistos por proveedores privados).

Sin embargo, no todos los servicios de salud son proporcionados por el “sistema de salud” público o privado. La mayoría de los servicios de cuidados de salud, particularmente para personas adultas mayores o personas con discapacidades, exigen cuidados adicionales que demandan tiempo del paciente y la participación de otros miembros del hogar.

En países con sistemas públicos de atención integral, la mayor parte de los costos de la atención son cubiertos por los sistemas mismos. Hay servicios complementarios que se pueden obtener de proveedores privados o en forma de trabajo no remunerado en los hogares. En los países con sistemas públicos de salud débiles, los proveedores privados o las personas en el hogar que prestan servicios no remunerados proporcionan los cuidados de salud. Cualquier decisión en una de las esferas tendrá su efecto en la otra, tanto en la cantidad como en la naturaleza del cuidado. Según algunos estudios¹², como el cuidado formal (remunerado) y el no remune-

rado son substitutos parciales, un aumento en el cuidado formal remunerado se relaciona con menos horas de cuidado en los hogares y viceversa. Por ejemplo, las políticas que incluyen reducción del gasto público en salud mediante la disminución de la estadía hospitalaria o el aumento de la atención ambulatoria trasladaron las responsabilidades y los costos del cuidado a cargo del sector formal de la salud a los hogares. Esto es una transferencia de costos de la economía remunerada a la economía del cuidado basada en el trabajo no remunerado.

La mayoría de los estudios sobre los sistemas de salud no analizan el papel complementario del valor de los servicios de cuidados de salud y cuidados personales que desempeñan los miembros de los hogares con el trabajo no remunerado. Algún avance se ha logrado cuando se reconoce como parte de los sistemas de salud el trabajo que realizan los proveedores de medicina tradicional y el trabajo no remunerado de los cuidadores voluntarios. Se observan menos avances en la valoración de la importancia del trabajo no remunerado que se realiza en los hogares y las comunidades, y sus vínculos con los servicios institucionales formales de los sistemas nacionales de salud. Ello se debe principalmente a que los sistemas de salud tienen poca capacidad de adaptación a los cambios demográficos y epidemiológicos¹³, porque la finalidad de su estructura es resolver problemas médicos y, en menor proporción, problemas de salud pública.

¹² Lilly, Laporte, Coyte. Ídem.

¹³ Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tiadens F. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. París: OECD, 2001.

Una de las preocupaciones de quienes toman las decisiones deberá ser incorporar en los análisis de políticas públicas y de sistemas de salud el equilibrio en la distribución de la carga del costo monetario (visible) y el costo no monetario del trabajo no remunerado (invisible) relacionado con la satisfacción de las necesidades de la población adulta mayor. Hay pocos de los países de ingreso medio y bajo que cuentan con esquemas institucionales o políticas económicas y sociales para responder a las necesidades de cuidados de salud relacionados con el envejecimiento de la población¹⁴.

6.4. DESAFÍOS

Los desafíos giran alrededor del hecho de *reconocer, valorar y hacer visible* la importancia del trabajo no remunerado de cuidado y producción de servicios de salud – mayormente realizado por las mujeres en los hogares–, en el análisis de los sistemas de salud y políticas públicas orientadas a la reducción de las desigualdades de género. En un contexto de mayor demanda de servicios de salud en los hogares, las políticas que no consideran el trabajo no remunerado de cuidado de la salud estarán reproduciendo estas desigualdades. La falta de visibilidad y valoración del trabajo no remunerado de cuidado en los hogares estaría perpetuando o, incluso, exacerbando las desigualdades de género.

Es necesario y urgente *promover el desarrollo de estudios sobre la distribución*

de los costos visibles e invisibles de los cuidados de salud que permitan avanzar en la discusión sobre una distribución justa y eficiente de los cuidados de la salud entre el Estado, el mercado y las familias. No es posible que se continúe manteniendo invisible las repercusiones laborales, económicas y de salud de quienes realizan el trabajo no remunerado.

6.5. COMPROMISO DE LA OPS

Los Estados Miembros de la OPS adoptaron oficialmente en 2005 una resolución sobre la política de igualdad de género¹⁵ que aborda la salud como un derecho humano y resalta la importancia de la valoración del trabajo no remunerado de cuidado de la salud en los hogares. En esta línea, la resolución insta a los gobiernos para que se incluyan indicadores del valor del tiempo de trabajo no remunerado que dedican los hombres y las mujeres a la atención de la salud en los hogares en las mediciones sobre el gasto y financiamiento de los sistemas de salud. La OPS propuso el uso de un enfoque de cuentas satélites para formular estos indicadores: las Cuentas Satélite del Sector Hogares (CSSH) se utilizarán para medir y valorar el trabajo no remunerado de cuidado de la salud en los hogares (fuera del mercado) y las Cuentas Satélite de Servicios de Salud (CSS) para medir el componente de gasto y financiamiento de los sistemas nacionales de salud (mercado). Por su lado, la Conferencia de Estadísticas de las Américas in-

¹⁴ Cotlear D, (ed.) *Population aging. Is Latin America ready?* Washington, DC: World Bank, 2011.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. *Resolución CD46.R16. Política de la OPS en materia de igualdad de género*. Washington, DC: OPS; 2005. (46ª Reunión del Consejo Directivo, 57ª Sesión del Comité Regional).

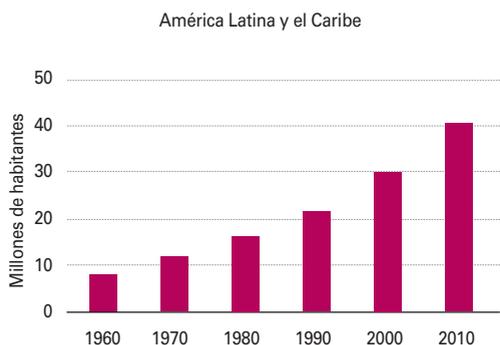
cluyó en su plan de trabajo la formulación de encuestas de uso del tiempo en ALC como un instrumento fundamental que puede proveer información para establecer las CSSH.

La OPS, en colaboración con otras organizaciones internacionales y nacionales, apoya iniciativas orientadas a visibilizar el

trabajo no remunerado de modo de que se pueda lograr el reconocimiento de la importancia del trabajo no remunerado de cuidado de la salud en los hogares. El tema de visibilizar y valorar este trabajo es una contribución al logro de la igualdad de género y la salud como un derecho de todos y todas, y permanece como una prioridad en el quehacer de la OPS/OMS.

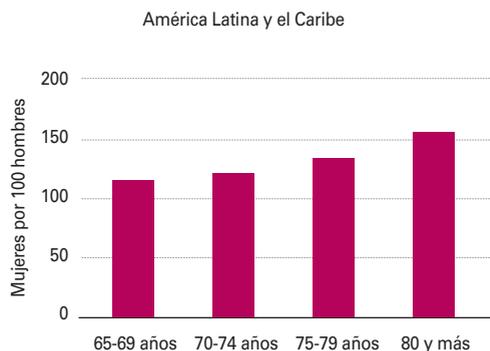
ANEXOS

FIGURA 1. Población de 65 años y más de edad (millones) en América Latina y el Caribe, 1960 a 2010



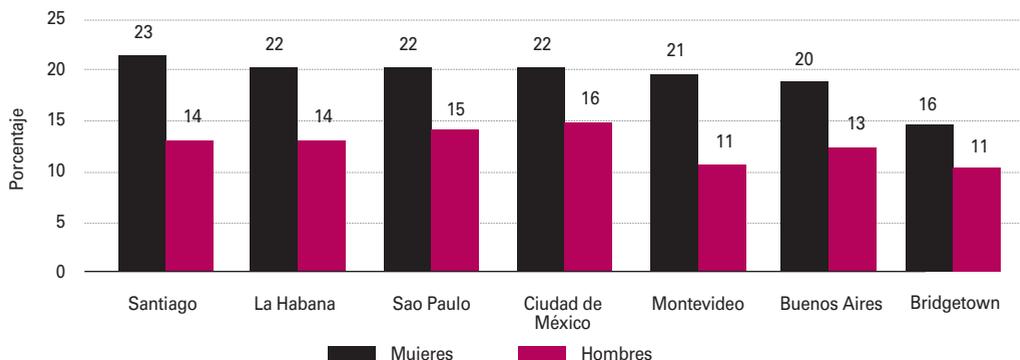
Fuente: Organización de las Naciones Unidas. División de Población. Revisión de 2006. Resumen. Nueva YORK: ONU; 2007. (ST/ESA/SER.A./261/ES) Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/Spanish.pdf>. Fecha de acceso: 23 de septiembre de 2011

FIGURA 2. Cálculo del número de mujeres por 100 hombres, población de 65 años y más de edad, por grupo de edad, en América Latina y el Caribe, 2010



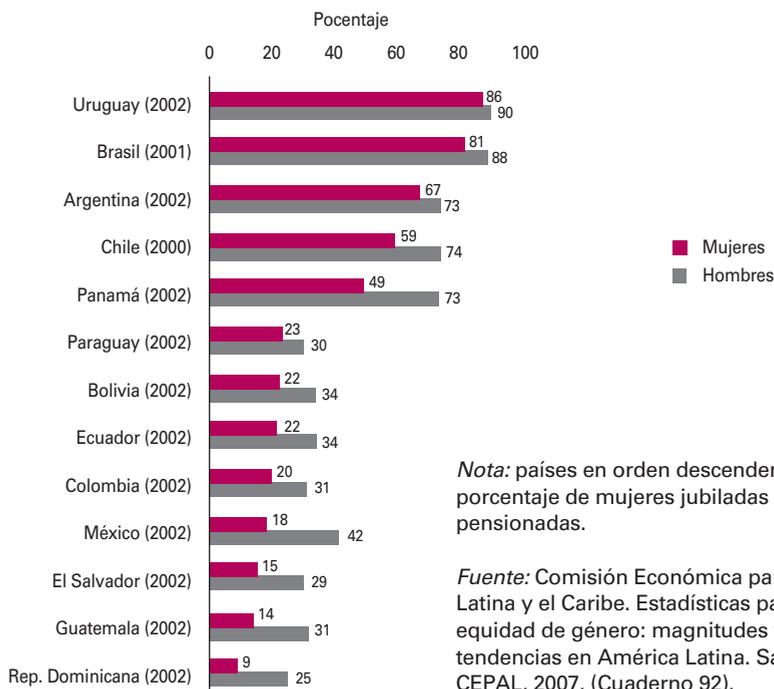
Fuente: Naciones Unidas. División de Población. World Population Prospects: The 2006 Revision. Population Database. <http://esa.un.org/unpp/>. Fecha de acceso: 5 de febrero de 2009.

FIGURA 3. Porcentaje de personas de 60 años y más de edad con limitaciones en por lo menos una de las actividades de la vida cotidiana*, por sexo, en algunas ciudades de las Américas, 2000



* Las actividades de la vida cotidiana son: bañarse, comer, vestirse, ir al baño, pasar de la cama a una silla, caminar.
 Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Merck Institute on Aging. Estado de envejecimiento y salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2003.

FIGURA 4. Porcentaje de personas jubiladas y pensionadas de 65 años y más de edad, por sexo, en zonas urbanas de 13 países de las Américas, alrededor de 2002.



Nota: países en orden descendente de porcentaje de mujeres jubiladas y pensionadas.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estadísticas para la equidad de género: magnitudes y tendencias en América Latina. Santiago: CEPAL, 2007. (Cuaderno 92).

7. LOS LUGARES DEL CUIDADO: ESPACIOS PRIVADOS Y ESPACIOS PÚBLICOS

Montserrat Díaz Fernández*
M^a del Mar Llorente Marrón*

7.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO, CUIDADO Y HOGAR

Dentro del marco de las profundas transformaciones acaecidas en nuestra sociedad las que afectan al contexto demográfico son sin duda, relevantes. La variable población ha salido de la sombra dispuesta con su comportamiento a condicionar y determinar la trayectoria y dinámica de otras variables.

En un contexto de envejecimiento generalizado la demanda de cuidado¹ ha aumentado sensiblemente como consecuencia del incremento en la esperanza de vida que además en muchos casos supone un aumento del número de años de vida con discapacidad (Durán, 2008). El individuo en su ciclo de vida consume cuidado en etapas y momentos diferentes por lo que la demanda de cuidado derivada del proceso de envejecimiento debiera abordarse sin señales de excepcionalidad.

En la actualidad se plantean importantes retos que afectan al cuidado tanto desde el punto de vista de la demanda como de la oferta. Cambios en el hogar, participación laboral femenina creciente, transformación de los vínculos sobre los que se construye la responsabilidad del cuidado contribuyen a reducir la oferta potencial de cuidado en el entorno de la persona dependiente.

Los cambios experimentados en la estructura del hogar y en las relaciones de parentesco dificultan el desempeño de las tareas del cuidado cotidiano a familiares dependientes. Dicho cambio se vincula estrechamente con las transformaciones demográficas² descenso generalizado de los registros de natalidad y mortalidad y crecimiento poblacional estacionario (Chackiel, 2004; Schkolnik, 2007; Villa, 2004). El tamaño del hogar se ha reducido progresivamente como consecuencia derivada del descenso de los indicadores de fecundidad y establecimiento de nuevas pautas de comportamiento familiar que generan un aumento notable de hogares unipersonales y de dos miembros integrados por efectivos poblacionales de edad superior a 65 años. Nuevas pautas de acceso a la vivienda en consonancia con la estructura de preferencias del nuevo tipo de hogar contribuyen también a dificultar las tareas del cuidado (Masanet, 2009).

Una participación laboral femenina creciente condiciona también el tiempo disponible para el cuidado³. En un intento de alcanzar cotas de igualdad social la vinculación en exclusiva de las mujeres a las tareas domésticas, tradicionalmente ha incluido el cuidado de los hijos, enfermos y ancianos hoy constituye un modelo superado (Tobío, 2010).

A medio y largo plazo las necesidades de cuidado ligadas al incremento de la espe-

* Universidad de Oviedo

¹ El trabajo de vigilancia que “alguien” ejerce con objeto de mejorar el bienestar de “alguien”.

² Los demógrafos utilizan el término *transición demográfica* para denotar una tendencia claramente rupturista con respecto a pautas anteriores en el estudio de la población y su relación con los cambios de naturaleza socioeconómica.

³ Los niveles de participación masculina en dicha tarea son todavía muy reducidos.

ranza de vida se perfilan claramente crecientes en un contexto heterogéneo. No obstante, la sociedad en su conjunto se identifica como el responsable último en su atención al ser considerado como un derecho del individuo que accede a una etapa de madurez demográfica.

7.2. ENVEJECIMIENTO Y EDAD

Bajo el apelativo envejecimiento y longevidad se recoge una realidad plural condicionada no solo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales.

El envejecimiento mide el crecimiento del colectivo integrado por las consideradas personas mayores en relación a la población total⁴. Los avances en términos de esperanza de vida lógicamente contribuyen a incrementar el tamaño de la cohorte integrada por las personas mayores, longevidad, lo cual no significa que de forma simultánea la base de la pirámide poblacional no se nutra como consecuencia del registro de los correspondientes niveles de fecundidad sin que se altere la proporción que relaciona la cúspide y el total.

El calendario y la consideración social del envejecimiento no siempre son coincidentes por lo que el análisis del cuidado ligado a dicho proceso requiere de forma insoslayable su conceptualización.

En la identificación de la edad que localiza en la pirámide de población el umbral de acceso a las cohortes adultas, personas mayores, criterios de naturaleza cronológica, fisiológica y social son considerados de forma conjunta (Arber y Ginn, 1995).

Según el criterio cronológico se consideran personas mayores los efectivos poblacionales de edad superior a 60 o 65 años⁵ siendo generalmente la legislación vigente quien fija dicho límite. Desde esta perspectiva el proceso de envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del individuo en la sociedad dado que muchas responsabilidades y privilegios, ligados normalmente al empleo, dependen de la edad cronológica.

El proceso de envejecimiento físico, edad fisiológica, vinculado con la edad cronológica relaciona la pérdida y limitación de las capacidades funcionales que se produce con el paso de los años.

Por último, la edad social, tercera edad se deriva dentro del marco de la funcionalidad y autonomía de los efectivos poblacionales que pueden llevar una vida independiente, una vez que la actividad laboral ha concluido. Desde este punto de vista, el envejecimiento se relaciona con el proceso de producción, estructura de preferencias en el consumo y ritmo vital impuesto por cada sociedad (Fericgla, 1992).

⁴ Un marco demográfico se considera envejecido cuando se comprueba que temporalmente el peso de la cohorte poblacional integrada por las personas mayores en relación al total de la población se cifra en el 10 %.

⁵ Se trata de una frontera que cambia territorial y temporalmente. Las estadísticas que analizan en CEPAL los datos correspondientes a América Latina y Caribe consideran la frontera de edad situada en los 60 años. El Instituto Nacional de Estadística español y Eurostat sitúan la frontera en los 65 años.

La discapacidad, se relaciona fundamentalmente con la edad fisiológica y representa un coste social e individual elevado que, en la mayoría de los casos, compromete la calidad de vida de las personas y familiares.

7.3. CUIDADO Y ESPACIO RESIDENCIAL EN AMÉRICA LATINA

La vejez, o acceso a la denominada edad madura, genera en el individuo efectos no deseables que trasladados al envejecimiento demográfico repercuten sobre el conjunto de la sociedad. El aumento de la esperanza de vida contribuirá a hacer menos solitaria la vejez dado que el calendario de la viudedad se retrasará y la coexistencia de varias generaciones constituirá una práctica cada vez más frecuente. El apoyo entre generaciones no se limitará exclusivamente a la ayuda y atención de la cohortes mayores sino que éstas serán también dispensadores de ayuda a las generaciones más jóvenes (Lequina, 2001).

A raíz del avance de la transición demográfica, América Latina envejece paulatina e inexorablemente. La cohorte de efectivos poblacionales de 60 años y más se incrementará de forma sostenida en un horizonte temporal de medio y largo plazo. A los 41 millones de efectivos de edad madura se sumarán 57 millones entre 2000 y 2025 y 86 millones en el horizonte 2025-2050. El ritmo de crecimiento presenta una dinámica muy superior en relación a otras cohortes de la pirámide poblacional. Los efectos de una transformación silenciosa de consecuencias impredecibles y largo al-

cance derivada del devenir sociodemográfico iniciada en América Latina, caída de los indicadores de fecundidad, participación laboral femenina creciente, envejecimiento poblacional... repercutirán en la sociedad en su conjunto y en el diseño de políticas públicas.

Con carácter general, los argumentos demográficos han servido de poco a la hora de influir en las políticas puesto que mientras que los comportamientos demográficos generan efectos en el largo plazo las actuaciones políticas suelen estar necesitadas de visibilidad en el corto plazo.

El proceso de envejecimiento de la región presenta aspectos propios que trascienden el ámbito estrictamente demográfico. La asimetría existente entre el escenario demográficamente emergente y la falta de tiempo para realizar los ajustes socioeconómicos e institucionales necesarios se pone de manifiesto al comprobar el rápido proceso de transformación demográfica y el lento y volátil desarrollo económico y social.

Conocer el contexto económico que acompaña y antecede al proceso de transición demográfica, permitirá perfilar unas primeras coordenadas crecimiento económico heterogéneo, participación laboral femenina en aumento, alteraciones en las pautas de comportamiento demográfico, necesidades crecientes de cuidado. El análisis de la estructura del hogar y espacio en el que sus integrantes materializan la condición de alojamiento permitirá abordar conjuntamente el cuidado como necesidad social y el espacio residencial como bien económico.

FIGURA 3.1.1. América Latina. Producto Interior Bruto. Millones de dólares a precios constantes de 2000

	1950	1954	1958	1962	1966	1970	1974	1978	1982	1986	1990	1994	1998	2002	2006
Argentina	80.913	87.529	107.487	114.320	135.253	165.622	191.831	196.310	195.217	206.668	190.034	257.716	296.650	242.198	340.348
Bolivia	2.197	2.239	2.195	2.460	3.071	3.895	4.810	5.784	5.514	5.057	5.801	6.774	8.158	8.752	10.247
Brasil	56.770	74.507	94.402	125.950	141.647	185.924	285.634	364.818	414.307	491.398	501.632	559.800	616.304	670.295	768.715
Chile	10.995	12.811	14.760	17.175	20.917	23.678	24.302	26.047	27.943	30.965	40.609	55.674	72.806	79.749	97.023
Colombia	11.608	14.431	16.344	20.242	24.200	30.083	38.733	46.895	53.107	60.831	71.933	85.414	95.391	98.468	121.895
Costa Rica	1.226	1.640	2.167	2.624	3.365	4.373	5.743	7.160	6.860	8.102	9.607	12.063	14.474	16.586	21.194
Ecuador	1.819	2.346	2.703	3.297	3.825	4.633	5.515	6.841	11.434	12.456	13.324	14.941	16.541	17.497	21.563
El Salvador	2.625	3.132	3.696	4.657	5.996	6.955	8.467	10.296	7.303	7.575	8.373	10.620	12.429	13.671	15.298
Guatemala	2.448	2.676	3.308	3.840	4.846	6.076	7.821	9.693	10.224	9.965	11.488	13.498	15.982	18.277	21.034
Haití	1.860	2.088	2.213	2.304	2.258	2.383	2.839	3.430	3.711	3.760	3.666	2.945	3.537	3.617	3.648
Honduras	1.150	1.219	1.485	1.680	2.149	2.420	2.835	3.886	4.139	4.491	5.202	5.948	6.928	7.660	9.622
México	56.081	69.289	90.997	111.288	152.843	199.674	259.583	319.994	408.972	400.849	452.558	520.317	575.730	641.436	731.705
Nicaragua	960	1.342	1.558	1.910	2.676	3.124	4.009	4.206	3.381	3.305	2.822	2.910	3.534	4.085	4.779
Panamá	1.050	1.205	1.493	2.021	2.691	3.624	4.486	5.143	7.123	7.595	7.092	9.107	10.887	11.948	15.573
Paraguay	892	971	1.201	1.315	1.532	1.894	2.492	3.539	4.727	4.914	5.948	6.794	7.451	7.238	8.400
Perú	9.578	12.345	14.317	19.373	24.362	27.869	34.384	36.500	42.223	43.202	35.893	43.431	51.338	56.133	70.557
Rep. Domin.	1.892	2.388	3.124	3.638	4.105	5.218	7.643	9.201	11.013	11.821	13.126	16.062	20.980	25.477	31.133
Uruguay	7.763	9.374	9.412	9.525	10.217	11.056	11.281	13.225	13.741	14.134	15.469	19.038	21.753	17.904	23.338
Venezuela	15.711	21.910	29.830	38.330	48.692	59.754	71.671	90.132	89.859	89.282	95.264	108.561	120.156	110.398	146.006
América Lat.	267.538	323.445	402.694	485.949	594.645	748.256	976.078	1.166.098	1.320.797	1.452.055	1.525.131	1.775.507	1.998.204	2.083.377	2.505.831

Fuente: CEPAL (2010), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Elaboración propia.

FIGURA 3.1.2. América Latina. Producto Interior Bruto por habitante. Millones de dólares a precios constantes de 2000

	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
Argentina	4.718,0	4.951,0	5.261,1	6.030,8	6.911,9	7.320,5	7.586,7	6.365,3	5.832,7	7.199,3	7.730,2	8.130,8	9.952,5
Bolivia	809,4	784,2	681,1	764,5	924,8	1.084,5	1.066,8	869,5	869,9	947,7	996,4	1.037,2	1.134,2
Brasil	1.051,8	1.248,9	1.498,1	1.617,4	1.936,3	2.777,1	3.526,9	3.357,1	3.351,1	3.601,0	3.688,6	3.941,1	4.374,9
Chile	1.807,8	1.891,5	2.047,5	2.176,3	2.474,2	2.032,5	2.724,6	2.423,1	3.081,3	4.278,6	4.902,9	5.702,6	6.247,8
Colombia	923,6	1.032,5	1.085,0	1.176,0	1.337,0	1.566,4	1.814,0	1.821,2	2.062,6	2.348,7	2.257,6	2.538,2	2.879,4
Costa Rica	1.269,5	1.620,3	1.830,9	1.988,4	2.401,5	2.858,7	3.225,4	2.846,6	3.123,1	3.607,6	4.062,8	4.507,9	5.151,2
Ecuador	537,1	635,3	673,4	725,9	776,1	1.148,7	1.365,6	1.327,8	1.297,1	1.334,0	1.295,7	1.570,4	1.704,7
El Salvador	1.345,2	1.468,7	1.558,7	1.857,7	1.933,1	2.115,2	1.897,9	1.585,3	1.638,5	1.993,1	2.092,8	2.136,2	2.272,6
Guatemala	778,1	757,7	858,9	969,8	1.121,3	1.285,3	1.501,5	1.254,1	1.289,6	1.416,1	1.531,9	1.571,7	1.700,2
Haití	577,5	569,5	568,7	531,3	505,7	558,2	696,0	591,4	515,7	413,0	427,3	383,7	391,5
Honduras	773,3	752,0	776,7	861,8	899,1	932,0	1.126,6	1.052,5	1.061,4	1.107,8	1.153,5	1.308,9	1.452,8
México	2.021,6	2.330,9	2.675,1	3.218,8	3.837,8	4.515,5	5.457,8	5.421,1	5.387,5	5.317,1	6.387,5	6.702,2	7.116,3
Nicaragua	741,4	953,1	908,5	1.262,6	1.304,4	1.428,5	993,2	898,8	681,4	660,8	771,3	842,9	896,4
Panamá	1.221,1	1.305,0	1.496,1	1.919,4	2.406,3	2.645,3	3.176,9	3.370,0	2.941,5	3.470,6	3.941,9	4.445,4	5.593,0
Paraguay	605,6	623,4	624,3	693,1	762,5	952,3	1.373,2	1.327,4	1.400,1	1.492,9	1.327,2	1.364,8	1.522,6
Perú	1.255,0	1.491,4	1.676,6	1.959,8	2.112,4	2.345,1	2.329,1	2.025,7	1.649,4	1.977,2	2.079,4	2.402,9	2.990,1
Rep. Dominicana	779,7	895,3	949,6	916,5	1.135,0	1.527,0	1.749,7	1.727,8	1.799,0	2.114,3	2.706,6	2.972,1	3.594,1
Uruguay	3.467,2	4.005,3	3.735,4	3.671,0	3.937,2	4.221,3	5.107,4	4.315,2	4.980,3	5.830,4	6.285,3	6.575,5	8.181,0
Venezuela	3.084,2	3.829,2	4.414,5	5.232,0	5.573,5	5.969,8	5.932,0	4.840,6	4.828,1	5.121,7	4.821,7	5.004,0	5.969,4
América Latina	1.721,5	1.923,6	2.134,8	2.406,7	2.769,2	3.298,7	3.835,9	3.559,2	3.516,8	3.770,1	4.073,9	4.334,6	4.863,0

Fuente: CEPAL (2010), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Elaboración propia.

Contexto macroeconómico

En un contexto de crecimiento económico generalizado con registros diferentes en el territorio el proceso de envejecimiento en América Latina, se muestra gradual e implacable. En términos agregados, el Producto Interior Bruto (PIB) de la región registró un incremento del 83,43%, durante el período comprendido entre los años 1988 y 2008. De forma individualizada la dinámica en el ámbito territorial materializó ritmos y niveles diferentes. En 2000 el peso conjunto de Brasil (31,4%), México (28,2 % y Argentina (14,6%) alcanzó el 74,2% del PIB del área. El resto de países están sensiblemente distanciados de éstos; Venezuela, en cuarto lugar a continuación de Argentina, registró un PIB cifrado en el 42% de dicho país, el 6,13%, completa la distribución (figura 3.1.1).

El espectro es amplio también en términos de renta per cápita y distribución territorial (figura 3.1.2). En 2008 el PIB per cápita medio de la zona se cifró en 4.863,8 dólares⁶ y únicamente Argentina, Brasil, México, Uruguay, Chile, Venezuela, Costa Rica y Panamá superaban dicha cota.

Transformaciones demográficas

Para comprender los principales determinantes del cambio familiar resulta insoslayable el análisis individualizado de la actividad laboral femenina, del descenso de la fecundidad y del proceso de envejeci-

miento. Al igual que en España y otros países del sur de Europa, América Latina accedió a la denominada segunda transición demográfica⁷ con cierto retraso, si bien la intensidad y rapidez con las que incorporó algunos de sus rasgos imprimieron una clara especificidad al proceso seguido. La primera referencia obligada que permite aproximar las razones determinantes del cambio familiar remite directamente al protagonismo de las mujeres y su vinculación al mercado laboral con una incorporación rápida y relativamente reciente. El número de mujeres que trabajan ha aumentado sensiblemente, muchas de las que no trabajan desearían hacerlo y, en general, el colectivo femenino valora decididamente el trabajo remunerado.

Entre 1980 y 2000 el acceso femenino al mundo laboral registró avances muy significativos (Argentina 72,62%, Brasil 40,00 % y México 30,56 %, respectivamente). La predicción en el horizonte del año 2020, refleja una pauta creciente que, no obstante no alcanza los registros correspondientes a la trayectoria masculina (figura 3.2.1).

América Latina se incorpora al proceso de transición demográfica con cierto retraso respecto al conjunto de países europeos considerados como más desarrollados, registros iniciales diferentes y materialización de etapas de forma abrupta. La trayectoria temporal de la fecundidad es claramente descendente con una caída cifrada entre 1975 y 1990 en el 32,44% (figura 3.2.2). En términos comparativos dicho des-

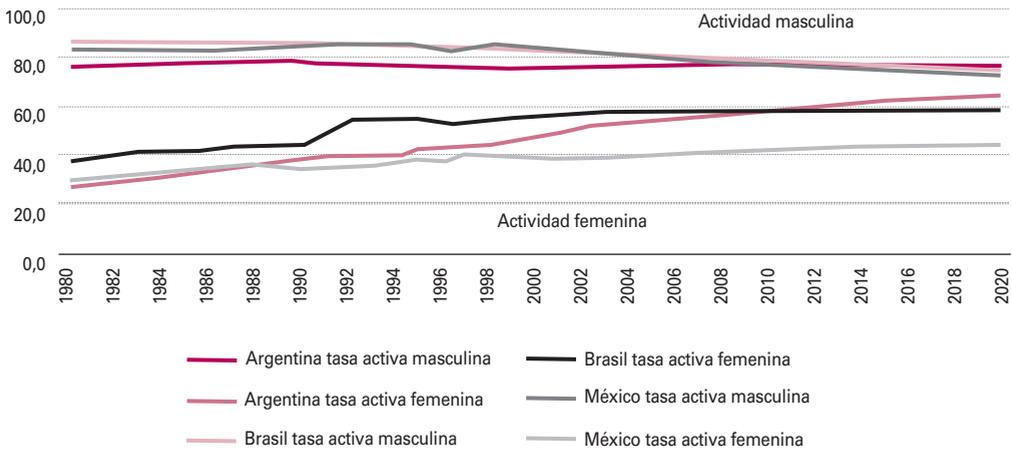
⁶ Dólares a precios constantes de 2000.

⁷ La segunda transición demográfica se caracteriza por un escenario de estabilidad en los indicadores de mortalidad y fecundidad, inferiores al nivel de reemplazo generacional, además de cambios profundos en la nupcialidad y sistema de consolidación familiar.

censo no alcanzó el retroceso de la fecundidad española superior a la observada en los quince países de la Unión Europea, 59% y 43,1% respectivamente.

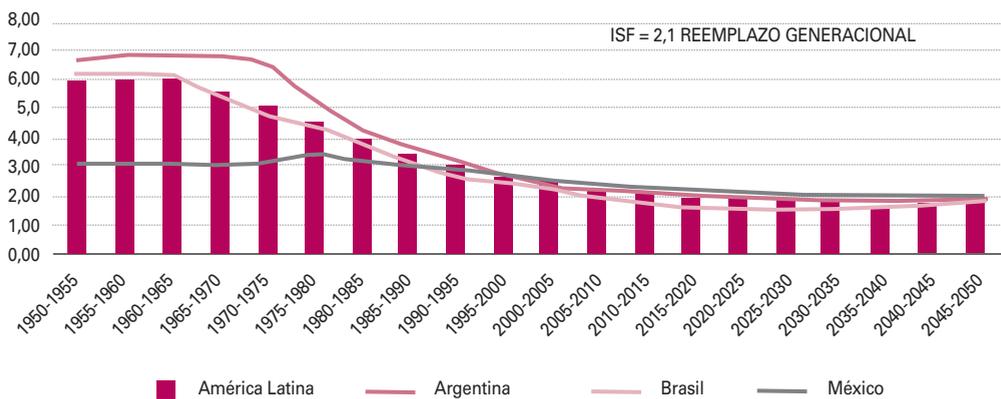
En 1975 únicamente países del sur europeo como España (2,8 hijos por mujer), Italia (2,2 hijos por mujer) o Portugal (2,8 hijos por mujer) registraban un Índice Sintético

FIGURA 3.2.1. América Latina. Tasa bruta de actividad según sexo
Porcentaje sobre la población total



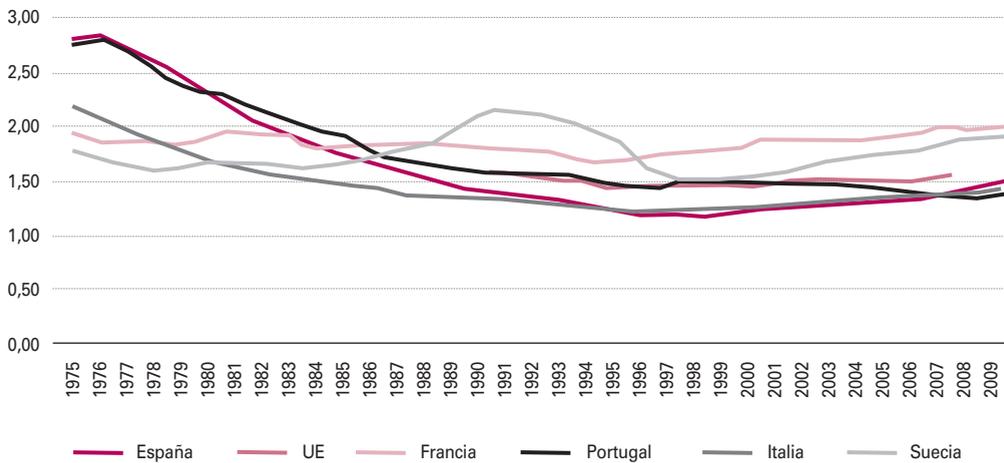
Fuente: CEPAL (2010), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Elaboración propia.

FIGURA 3.2.2. América Latina. Número de hijos por mujer



Fuente: CEPAL (2010), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe.

FIGURA 3.2.3. Indicador coyuntural de fecundidad. Países de la Unión Europea



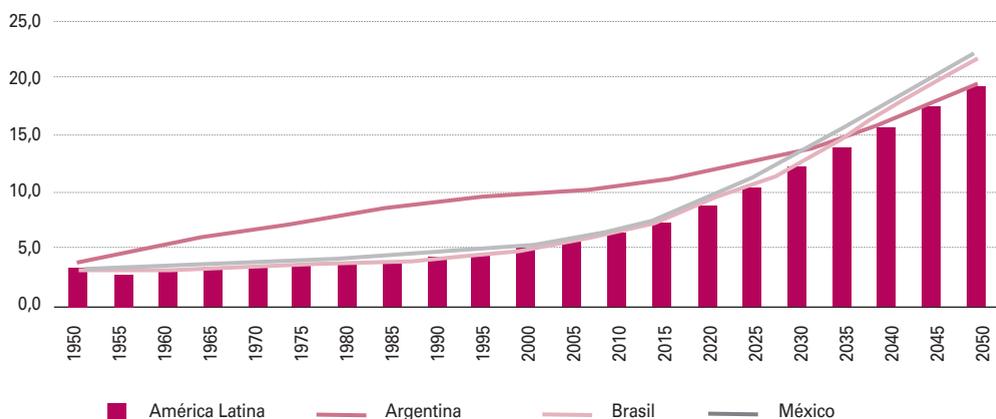
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

de Fecundidad (ISF) superior al considerado garante del relevo generacional. Países del norte de Europa como Suecia (1,8 hijos por mujer), Dinamarca (1,9 hijos por mujer), Países Bajos (1,7 hijos por mujer), Austria (1,8 hijos por mujer) o Noruega (2 hijos por mujer) considerados ejemplos avanzados en las pautas de comportamiento familiar ya habían perdido el umbral del reemplazo generacional (figura 3.2.3). La brecha existente en dicha referencia con respecto a América Latina es clara, la media de la región se cifraba en 4,5 hijos por mujer (Argentina 3,44 hijos por mujer, Brasil 4,31 hijos por mujer y México 5,25 hijos por mujer). La pauta a seguir por los indicadores de fecundidad permite avanzar la coordenada temporal en la que la región perdería el nivel de reemplazo generacional, período comprendido entre los años 2010 y 2015. A partir de dicha referencia los registros se situarían en los valores actuales de España y países del entorno europeo.

La población mundial envejece a un ritmo constante y significativo. El número total de personas de 60 o más años se cifró en 2009 en 700 millones. En 2050 Naciones Unidas estima que dicha cohorte alcanzará los 2.000 millones efectivos lo que supone un incremento del 185,72%. Tanto en términos absolutos como relativos la cohorte de acceso a la madurez demográfica aumentará sensiblemente generando un contexto demográfico longevo y envejecido.

El dinamismo de la cohorte integrada por las personas mayores se muestra en la región mucho más intenso que en otros ámbitos territoriales. Las proyecciones poblacionales de Naciones Unidas para América Latina prevén un crecimiento absoluto de dicha cohorte entre 2000 y 2025 de 57 millones y 86 entre 2025 y 2050. Como consecuencia el peso de la población adulta respecto a la población total se triplicará pasando del 8,2% en 2000 al 24% en 2050.

FIGURA 3.2.4. América Latina. Peso de la población de 60 y más años



Fuente: CEPAL <http://www.eclac.org/estadisticas>.

Únicamente Argentina en 2010 cifra el peso de la población mayor en la pirámide poblacional en registros superiores al diez (10,2% en 2005 y 10,5% en 2010) dado que la media de la región se sitúa en el 6,9% (Brasil y México 6,9% y 6,6%, respectivamente). El proceso de envejecimiento argentino es continuado e intenso alcanzando en el horizonte temporal del año 2050 el 19%. La media de la región e individualmente países como México y Brasil no alcanzarían la frontera del envejecimiento hasta el horizonte del año 2025 (figura 3.2.4). El envejecimiento en la zona muestra caras diferentes con respecto al calendario de acceso muy diferente a la situación europea que en palabras de Alfred Sauvy "Tras dos siglos de expansión, de conquistas, de imperialismo, de guerras, Europa se siente cansada. Desea el reposo, aspira a la jubilación" parece asumir el ingreso en la etapa de madurez demográfica.

No cabe duda que las consecuencias de esta transformación repercutirán en el desarrollo socioeconómico de los distintos países, diseño de políticas públicas que favorezcan las necesidades de atención y reconocimiento jurídico y social del derecho a ser atendido tanto por la velocidad como por el contexto de desigualdad en el que produce.

Hogar y vivienda

Las tareas del cuidado y atención de los mayores adquieren un papel protagonista dentro del hogar en el marco de una transformación demográfica como la descrita. Las condiciones de uso y tenencia de la vivienda permitirán responder a las necesidades de cuidado de forma diferente. Las dotaciones y equipamientos de la vivienda contribuirán decisivamente en la calidad del cuidado y también en el tiempo necesario para su realización. Cuando las personas mayores viven con más miem-

bros de su familia en el hogar, es importante que la vivienda esté dotada de un diseño adecuado para la convivencia de varias generaciones.

Desde una perspectiva estrictamente económica vivienda y cuidado presentan cierto paralelismo dado que satisfacen características comunes a otros bienes de la misma naturaleza. En ambos casos se trata de bienes necesarios e importantes. El espacio donde se acometen las funciones del cuidado, vivienda, satisface una condición básica como es el alojamiento y el cuidado es consustancial al ser humano al estar presente en distintos momentos de su ciclo de vida. Vivienda y cuidado son bienes importantes. El elevado precio de la vivienda en relación a la renta familiar hace del recurso a la financiación externa una cuestión obligada y supone en muchos casos la decisión financiera más relevante del ciclo de vida de la unidad familiar. El cuidado representa asimismo un bien costoso si bien a diferencia del espacio donde se acomete no siempre está correctamente valorado. Una característica importante de naturaleza complementaria radica en la doble consideración de la vivienda como activo financiero y bien de consumo. En la etapa que nos ocupa la condición de activo financiero de la vivienda podrá permitir asumir en determinados momentos el elevado coste real del cuidado. Ambos bienes tienen naturaleza compleja y heterogénea y pueden ser contemplados en el mercado como bienes sustancialmente diferentes. El análisis tanto de la vivienda como del cuidado requiere la consideración de la unidad familiar en su tratamiento. Por último en ambos casos la Administración Pública, por

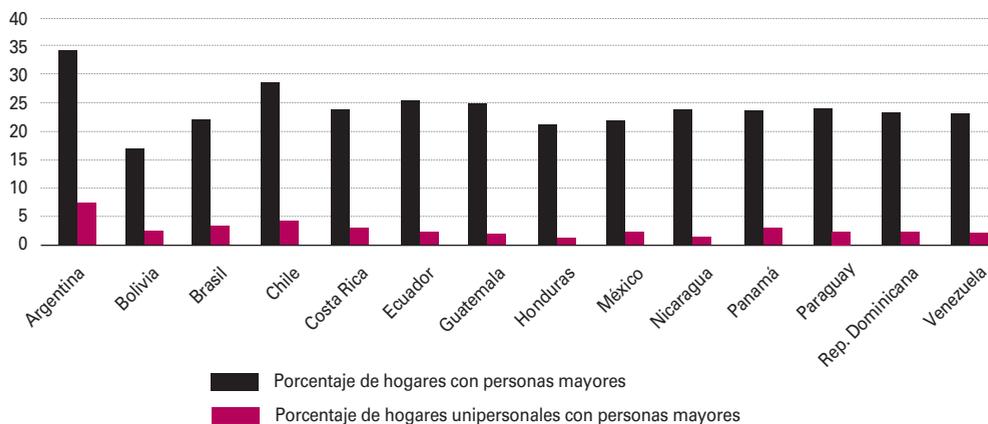
distintas razones manifiesta una especial atención en el diseño de medidas que faciliten su acceso, condición de alojamiento y derecho a ser atendido, cuidado en la etapa demográfica que nos ocupa. Sin embargo desde una perspectiva macroeconómica el reconocimiento del espacio y el cuidado es sustancialmente diferente. Mientras que la vivienda constituye un subsector económico con reconocimiento claro en el cuadro macroeconómico general, el cuidado es el gran ausente de las cuentas públicas.

Hogares con personas mayores

La composición y estructura de los hogares se asocia con factores demográficos, económicos y culturales que a la vez determinan su formación, cambio o disolución. Los cambios demográficos han contribuido a la configuración de nuevas opciones residenciales. Las familias de varias generaciones se han convertido en un fenómeno común y aunque también existe la modalidad de vida independiente en la edad adulta, la región presenta un peso inferior en relación a otros ámbitos territoriales. Insuficiencia de recursos económicos, deterioro funcional de la persona o dificultades de emancipación económica de los hijos, entre otras cuestiones, explican la convivencia conjunta en el mismo hogar de varias generaciones. El entorno en el que la persona envejece está cambiando con rapidez.

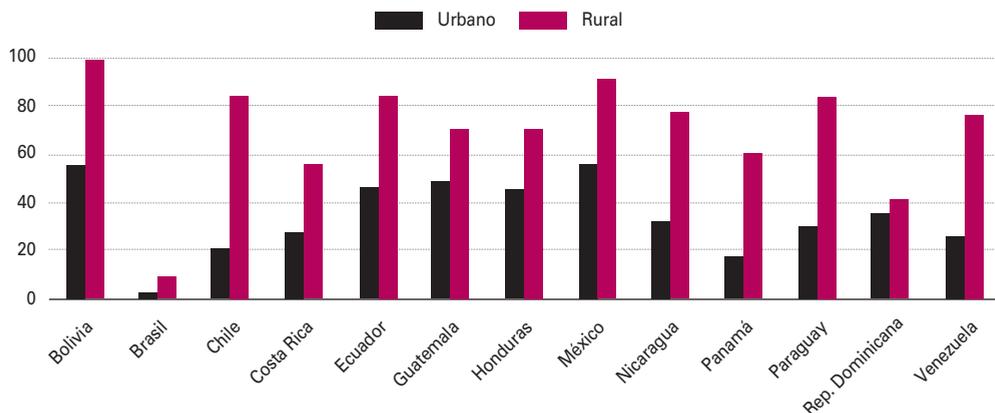
Las transformaciones más acusadas se localizan en el período 1990-2005 destacando la reducción de las familiares nucleares y el aumento de los hogares monoparentales y unipersonales (Arriagada, 2007). Desde

FIGURA 3.3.1.1. América Latina. Hogares con personas mayores



Fuente: CEPAL <http://www.eclac.org/estadisticas>.

FIGURA 3.3.1.2. América Latina. Porcentaje de hogares pobres con personas mayores



Fuente: CEPAL <http://www.eclac.org/estadisticas>.

una perspectiva territorial se muestran diferencias, como media los mayores están presentes en el 24% de los hogares y de éstos el 3% son unipersonales (figura 3.3.1.1). No obstante tres de cada diez hogares urbanos y siete de cada diez rurales se sitúan en el umbral de la pobreza (figura 3.3.1.2).

*El espacio para el cuidado.
Un enfoque macroeconómico*

Las condiciones de alojamiento de las personas mayores suscitan atención por parte de la comunidad internacional, en la medida en que representan un factor im-

portante en relación con su independencia y calidad de vida. Disfrutar de una vivienda adecuada, vivir en un ambiente seguro y saludable y permanecer en su propio hogar durante el máximo tiempo posible en función de sus preferencias y necesidades son básicamente los criterios que la comunidad internacional considera en relación al derecho a la vivienda y entorno saludable de dicho colectivo.

Con fuertes externalidades positivas en términos de crecimiento económico, salud pública y estabilidad social el sector vivienda es relevante en el cuadro macroeconómico tanto de países en vías de desarrollo como en países desarrollados. Constituye el principal medio de acumulación de activos para las unidades familiares de bajos ingresos y con frecuencia representa más del 50% del activo familiar. El bien producido por el sector vivienda, espacio donde surgirán y acometerán fundamentalmente las necesidades de cuidado en América Latina se localiza básicamente en el ámbito urbano, está dotada de equipamientos básicos (agua corriente, electricidad y evacuación de aguas residuales) y la propiedad constituye el régimen de tenencia dominante.

La participación en el PIB del sector de la construcción en los diferentes países de la región se cifraba en 2008 en el 7,6% en Chile y Colombia, 7% en México y sensiblemente distanciados, Argentina, 5,4% y Brasil, 4,3% (figura 3.3.2.1). El considerado motor de la economía, sector productivo que genera el espacio a analizar, contribuye decisivamente al desarrollo socioeconómico de la zona.

El espacio para el cuidado. Un enfoque microeconómico

Las condiciones de uso y tenencia de la vivienda permitirán responder a las necesidades del cuidado de forma diferente. Las dotaciones y equipamientos de la vivienda contribuirán decisivamente en la calidad del cuidado y también en el tiempo necesario para su realización.

Naciones Unidas señala como dificultades relacionadas con el problema de la vivienda de las personas mayores cuestiones relacionadas con el acceso y movilidad, inadaptación de la vivienda y aislamiento fundamentalmente. Contar con una vivienda adecuada para todas las generaciones que vivan en ella tiene por objetivo prioritario lograr que todos los miembros desempeñen sus actividades de forma autónoma. Condiciones óptimas y adecuadas a las necesidades de las personas mayores evitaría con toda probabilidad problemas de segregación generacional.

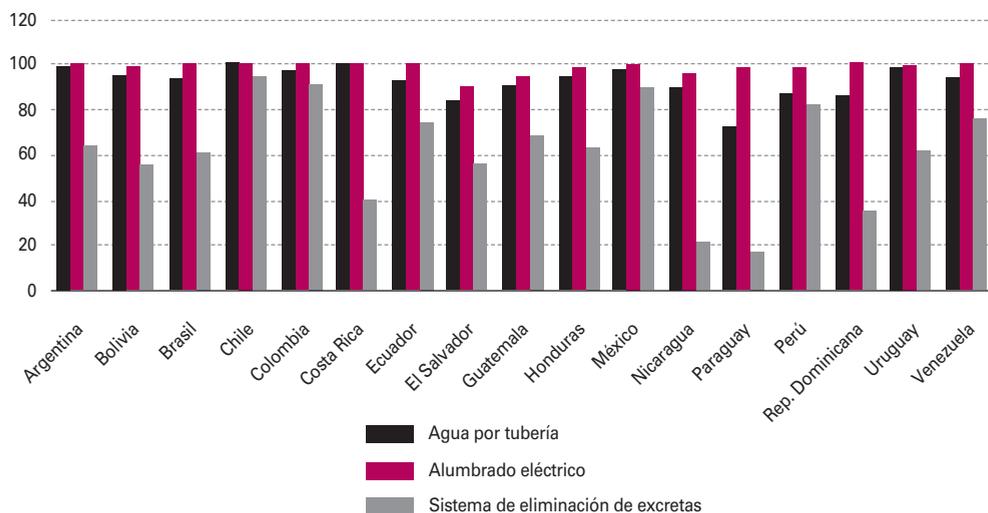
Como equipamientos básicos las estadísticas recogen tres *inputs* imprescindibles en el desarrollo socioeconómico vinculados no sólo a la consecución de estándares de vida elevados sino fundamentalmente a cuestiones relacionadas con la salud y morbilidad de la población. Dichos *inputs* disponibilidad de agua corriente, suministro eléctrico y sistema de evacuación de agua residuales están presentes en la vivienda de la región con significativas diferencias. Básicamente en el ámbito urbano la vivienda está dotada de suministro eléctrico y de agua corriente (figura 3.3.3.1). Los valores extremos de la serie cifran el suministro de agua corriente por tubería de la vivienda en-

FIGURA 3.3.2.1. América Latina. Producto Interior Bruto por clase de actividad=construcción. Participación porcentual

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Argentina	4,1	5,0	5,6	5,0	5,5	4,7	2,5	3,9	5,3	5,4
Bolivia	3,1	3,1	3,1	2,6	3,8	3,0	3,1	2,1	2,4	2,3
Brasil	3,9	4,0	4,8	5,0	5,4	4,8	4,5	4,4	4,1	4,3
Chile	6,5	6,7	8,0	8,2	8,2	6,2	6,5	6,3	6,2	7,6
Colombia	3,8	5,3	7,6	6,7	5,9	3,7	3,9	5,5	6,7	7,6
Costa Rica	4,3	3,9	4,2	3,4	3,8	3,7	4,2	4,3	4,4	
Ecuador	2,0	2,3	3,1	4,2	5,5	7,1	8,2	8,2	9,2	
El Salvador	3,5	4,4	4,6	4,3	4,4	4,4	4,8	4,2	4,2	3,9
Haití	6,8	10,3	7,8	19,5	24,2	20,4				
Honduras	5,8	7,1	6,4	5,0	5,4	5,9	5,0	5,3	5,5	6,0
México	4,7	5,4	6,4	5,0	5,6	6,2	6,1	6,5	6,8	7,0
Nicaragua	4,5	3,7	4,8	5,3	4,9	6,2	5,2	5,5	5,7	5,5
Panamá	0,9	2,7	3,5	3,5	3,7	4,9	3,5	4,8	4,9	
Paraguay	5,8	5,2	5,3	5,2	4,6	4,6	4,6	4,7	4,7	
Perú	3,7	3,6	5,6	6,1	6,6	5,3	5,4	5,4	5,7	
Rep. Dominicana	5,3	5,0	6,3	6,8	6,5	6,2	6,1	4,5	6,5	5,9
Uruguay	5,2	6,9	8,0	7,4	8,1	8,2	5,9	4,8	5,9	6,3
Venezuela	5,8	8,4	6,9	6,0	9,6	7,7	9,1	6,4		
América Latina a/	4,3	4,9	5,7	5,3	5,8	5,5	5,2	5,1	5,5	5,6

Fuente: CEPAL (2010), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Elaboración propia.

FIGURA 3.3.3.1. América Latina. Disponibilidad de servicios de las viviendas. Área urbana



Fuente: CEPAL (2010), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe.

tre el 99,9% de Costa Rica y el 72% de Paraguay en 2009. El suministro eléctrico de la vivienda presenta una distribución más uniforme y en niveles cercanos al cien por cien (99,9% en Costa Rica y 98,2% en Bolivia en 2009). Las grandes diferencias en la consideración del espacio residencial vinculado con los estándares básicos de salud se concretan en la disponibilidad o no de sistemas de evacuación de aguas residuales. En Argentina (64,2%), Brasil (60,6%) y México (89,6%) se alcanzan registros sensiblemente distanciados del resto de países de la zona. La consideración del ámbito urbano o rural intensifica los desequilibrios en detrimento del último (figura 3.3.3.2).

Activo financiero y cuidado

Como en el resto de países desarrollados, el sector de la construcción ha sido impulsado en América Latina y ha contribui-

do y contribuye al desarrollo del sistema financiero con la creación de instrumentos propios e implicación de la Administración Pública en el diseño de actuaciones tendentes a favorecer el acceso a la vivienda. América Latina cuenta con un alto nivel de urbanización, 76% y tenencia en régimen de propiedad, próximo al 75%, destacando asimismo los registros de tenencia en alquiler (figura 3.3.4.1)

El espacio residencial de la última etapa del ciclo de vida dependerá de decisiones individuales, opciones de vivienda disponibles, necesidades actuales y expectativas de futuro. Necesidades de salud física y emocional, sociales y económica condicionarán dicha decisión.

La doble condición de la vivienda adquire en el acceso a la etapa de la madurez demográfica un protagonismo propio. La

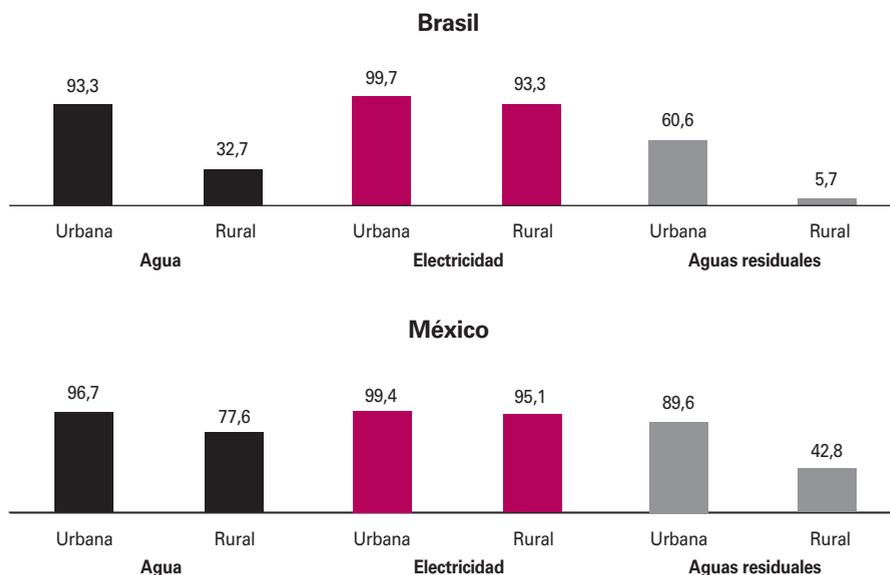
consideración de activo financiero permite, en un contexto de clara desigualdad la remuneración del servicio correspondiente al cuidado en esta etapa. La vivienda constituye un medio de acumulación de activos para la unidad familiar. En este sentido, las estadísticas permiten comprobar una relación directamente proporcional y de sentido creciente entre las variables vivienda en propiedad y edad del propietario. La vivienda en propiedad se ocupa en un alto porcentaje por personas mayores, el 88% de los hogares con personas mayores disponen de vivienda propia. La disminución de este porcentaje en el tramo de edad superior a 75 años podría hacernos pensar en la materialización de la condición de activo financiero de la vivienda en relación al pre-

cio a satisfacer por el bien cuidado (figura 3.3.4.2). Aunque en la vejez pueden existir limitaciones para que las personas se mantengan integradas en la comunidad, la experiencia demuestra que el riesgo de fragilización es más elevado que las propias dificultades individuales. Condiciones óptimas en el diseño, acceso y atención del deterioro podría evitar probablemente los riesgos de segregación generacional. El deterioro del espacio residencial y edad evolucionan en sentido creciente (figura 3.3.4.3).

7.4. CONSIDERACIONES FINALES

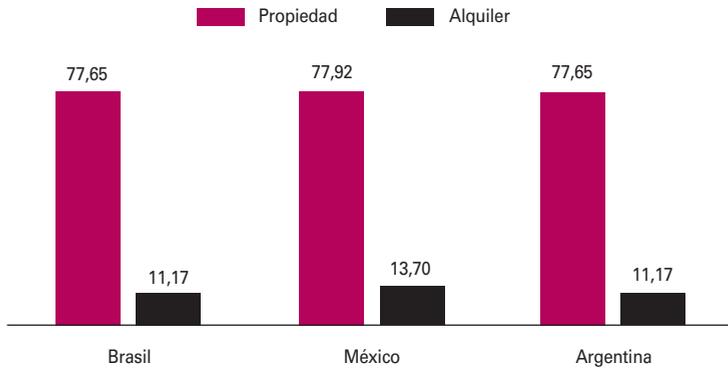
1. El futuro demográfico no suele provocar alarma en el ámbito de la economía y po-

FIGURA 3.3.3.2. América Latina. Disponibilidad de servicios de las viviendas



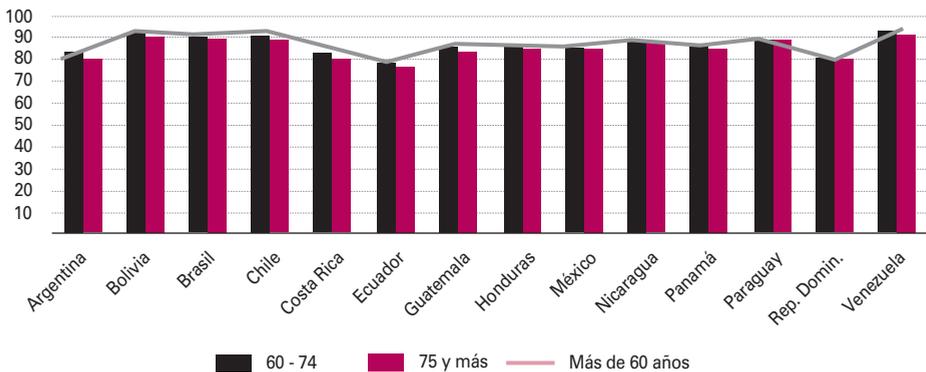
Fuente: CEPAL (2010), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe.

FIGURA 3.3.4.1. América Latina. Régimen de tenencia de la vivienda



Fuente: CEPAL <http://www.eclac.org/estadisticas>.

FIGURA 3.3.4.2. América Latina. Porcentaje de hogares con personas mayores y vivienda en propiedad



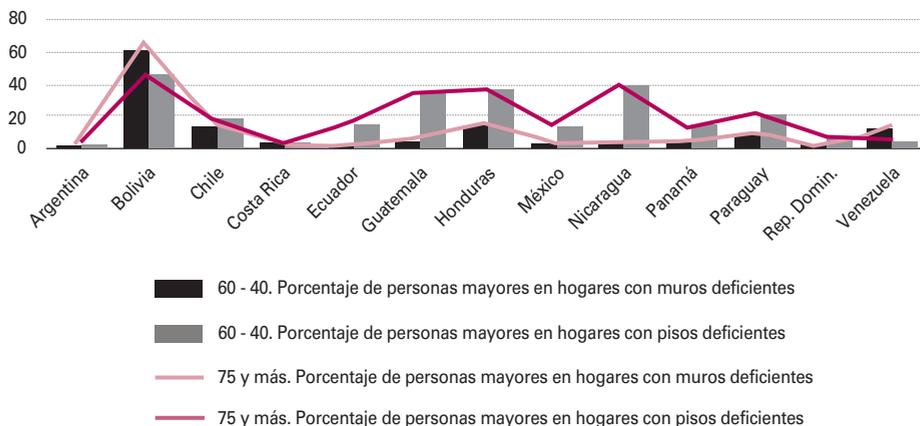
Fuente: CEPAL <http://www.eclac.org/estadisticas>.

lítica. El análisis de la coyuntura económica basado en indicadores de corto plazo condiciona en cierto sentido el enfoque demográfico. En dicho ámbito se tiende a creer que el paso del calendario puede resolver por sí mismo los distintos problemas. Sin embargo, a diferencia de la economía, que puede en el peor de los casos provocar una explosión y derribar el edificio, la

demografía trabaja como las termitas, lenta, oscura y tozudamente.

2. A lo largo del ciclo de vida el individuo consume cuidado en diferentes momentos. Las necesidades derivadas del aumento de la esperanza de vida no deben considerarse como una excepcionalidad, sino al contrario como un logro social.

FIGURA 3.3.4.3. América Latina. Hogares con personas mayores y estado de la vivienda



Fuente: CEPAL <http://www.eclac.org/estadisticas>.

3. Cuando no se anticipan las medidas y reformas de protección social necesarias para acometer las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento, el tránsito de una sociedad hacia la madurez demográfica genera serias dificultades de funcionamiento. La oferta de cuidado actualmente no se circunscribe exclusivamente al círculo familiar y femenino, dicha opción ya no es posible, ni se considera una solución deseable. Cuidar a las personas forma parte de las políticas públicas y de la actuación de múltiples instituciones de la sociedad civil, más allá de la familia. La discapacidad representa un coste social e individual que, en la mayoría de los casos, compromete la calidad de vida de las personas y familiares.

4. En América Latina la cohorte integrada por las denominadas personas mayores representa aproximadamente el 10% de la población total. En un horizonte temporal de medio y largo plazo el colectivo triplicará

su dimensión pasando a representar aproximadamente el 25% de su población. El marco demográfico se convertirá como consecuencia del aumento en la esperanza de vida en longevo y envejecido.

5. El proceso de cambio familiar se halla estrechamente vinculado a las transformaciones demográficas y ello obliga a considerar explícitamente el comportamiento de la actividad laboral femenina, la caída de los indicadores de fecundidad y el progresivo proceso de envejecimiento.

6. Las tareas del cuidado y atención de los mayores adquieren un papel protagonista en el hogar. Las condiciones de uso y tenencia de la vivienda permitirán responder a las necesidades de cuidado de forma diferente. Las dotaciones y equipamientos de la vivienda contribuirán decisivamente en la calidad del cuidado y también en el tiempo necesario para su realización.

7. Los cambios demográficos registrados han contribuido en la configuración de nuevos arreglos residenciales. Las familias que abarcan tres o incluso cuatro generaciones se han convertido en un fenómeno común y aunque también existe la modalidad de vida independiente en la edad adulta, en la región presenta un peso inferior en relación a otros ámbitos territoriales.

8. Disfrutar de una vivienda adecuada, vivir en un ambiente seguro y saludable y permanecer en su propio hogar durante el máximo tiempo posible en función de sus preferencias y necesidades son básicamente los criterios que internacionalmente fijan los requisitos del derecho a la vivienda y entorno saludable del colectivo que no ocupa.

9. Con fuertes externalidades positivas en términos de crecimiento económico, salud pública y estabilidad social el sector vivienda es uno de los más importantes en el cuadro macroeconómico tanto de países en vías de desarrollo como en países desarrollados. Constituye el principal medio de acumulación de activos para las personas de bajos ingresos y con frecuencia representa más del 50 % del activo familiar.

10. Las condiciones de uso y tenencia de la vivienda permitirán responder a las necesidades de cuidado de forma diferente. Como equipamientos básicos las estadísticas recogen tres *inputs* imprescindibles en el desarrollo socioeconómico vinculados no sólo a la consecución de estándares de vida elevados sino fundamentalmente a cuestiones relacionadas con la salud y morbilidad de la población. Dichos *inputs* –disponibilidad de agua corriente, suministro eléctrico y sistema de evacuación de agua

residuales– están presentes en la vivienda de la región con significativas diferencias.

11. El espacio residencial de la última etapa del ciclo de vida dependerá de decisiones individuales, opciones de vivienda disponibles, necesidades actuales y expectativas de futuro. Necesidades de salud física y emocional, social y económica condicionarán dicha decisión.

BIBLIOGRAFÍA

ARBER, S. y J. Ginn (1995): *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque socio-lógico*; Madrid, Ed. Narcea.

ARRIAGADA, I. (2007): “Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros”, *Libros de la CEPAL*, n° 96; Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

CHACKIEL, J. (2004): “La dinámica demográfica en América Latina”; *Serie Población y Desarrollo*, n° 52; Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

DÍAZ, M.; Llorente, M. (2011): *Estimaciones de la demanda mundial de cuidado, 2010-2050. Una aproximación econométrica*. Fundación BBVA (En prensa).

DURÁN, M. A. (2000): “La nueva división del trabajo en el cuidado de la salud”, *Política y Sociedad*, n° 35, pp. 9-30.

—(2008): “Marco conceptual y lineamientos metodológicos de la cuenta satélite de los hogares para medir el trabajo no remunerado en salud”, Organización Panamericana

na de la Salud, *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y evaluar el trabajo doméstico no remunerado*; Washington, D.C

FERICGLA, J. (1992): *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*; Barcelona, Ed. Anthropos.

LEGUINA, J.; Fernández-Cordón, J. (2001): "La termita demográfica". Universidad de Oviedo.

MASANET., E.; Parra, D. (2009): "Los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras", *Revista Española de Sociología*, nº 11, pp. 13-31.

SCHKOLNIK, S (2007): *Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador*. Quito, Centro Latinoamérica y Caribeño de demografía (CELADE).

TOBÍO, C.; Agullo, S.; Gómez, V. y Martín, T. (2010): "El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI", *Colección Estudios Sociales*, nº 28; Ed. Obra Social Fundación "la Caixa", Barcelona.

VILLA, M. (2004): "La transición demográfica y algunos retos sobre población y desarrollo en América Latina", *Población y desarrollo en México y el mundo*; México DF, Consejo Nacional de Población (CONAPO).

8. LAS POLÍTICAS DE CUIDADO EN AMÉRICA LATINA

Sonia Montaña Virreira*

“Si las abuelas hiciesen huelga de cuidar nietos y enfermos mayores, su efecto sobre la economía nacional sería mucho más decisivo que la huelga de conductores de autobuses o controladores aéreos”.

El valor del tiempo, M^a Ángeles Durán.

El Estado en América Latina no es un padre protector. Allí lo que predomina y hasta reemplaza al Estado en materia de cuidado son las madres cuidadoras o las cuidadoras madres ya que esta noción no alude solamente a la maternidad biológica, se refiere también a la norma social vigente. En este sentido, el trabajo de las mujeres tiene dos caras: el trabajo remunerado y el trabajo no remunerado –el trabajo doméstico y de cuidado–. Para que las mujeres se inserten en pie de igualdad con los hombres en el mercado de trabajo, se requiere aliviar el trabajo no remunerado que pesa sobre sus hombros. Para lograr la igualdad, también es necesario que las mujeres participen plenamente de la vida política de sus países, es decir, en todos los niveles de toma de decisión, y que tengan una vida libre de violencia, donde se respete su cuerpo y puedan decidir libremente acerca de la reproducción. Esto demanda un Estado activo y garante de derechos aun en construcción.

Históricamente la mayoría de los Estados latinoamericanos no lograron establecer instituciones y menos aun financiamiento sustentable para proporcionar a las personas un piso mínimo que garantice protección desde la cuna hasta la tumba. Lo que sí ha contado con el sello latinoamericano ha sido la organización social que especialmente a partir de fines de la década de 1970 en torno a la crisis de la deuda ex-

terna y los procesos dictatoriales y anti-democráticos que afectaron a la región dio lugar al surgimiento de organizaciones sociales de mujeres especialmente creadas para el cuidado de las familias –con frecuencia y a pesar del Estado– y en algunos casos de la mano de las primeras damas. Los clubes de madres en Bolivia (Montaña, 1988) respondieron en parte a esta fórmula que distribuía alimentos provenientes de los excedentes alimentarios de la denominada PL 480 (Ley Pública 480 de los Estados Unidos) y más tarde del Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. Los comités de ama de casa mineras célebres por el liderazgo de Domitila Chungara (Viezzler, 1985) que además de asegurar el sostenimiento de sus familias con los alimentos entregados a sus esposos como parte del salario, cuidaron también de su integridad física estableciendo vínculos entre la defensa de la vida cotidiana, la democracia y los derechos humanos.

En el caso de Chile durante la dictadura se asistió a la reedición de los Centros de Madres creados en 1964, a partir de la (re) fundación de CEMA-Chile, espacio en que se exacerbó el maternalismo y el disciplinamiento de las mujeres (Valdés, Weinstein, Toledo y Letelier, 1989). En esta misma línea se sitúan los proyectos de madres comunitarias en Colombia que con el tiempo evolucionaron desde ser cuida-

* Directora de la División de Asuntos de Género, CEPAL.

doras sin salario a beneficiarias de la seguridad social.

En Perú, las organizaciones de los Clubes de Madres, los Comedores Populares y los Comités de Vaso de Leche tuvieron en común la acción colectiva destinada a la compra, preparación y distribución diaria de alimentos con miras a reducir los costos de la alimentación familiar. Además permitieron disminuir el tiempo empleado por las mujeres para las tareas domésticas y operaron como instancias de socialización, de capacitación y, eventualmente, de generación de ingresos. El rol sustantivo que cumplieron las organizaciones populares femeninas en la atención de los problemas de alimentación de amplios sectores de la población fue reconocido por la sociedad y el Estado (Blondet, 1994).

Las mujeres de las ollas comunes y los comedores populares en Chile, la organización de las mujeres de sectores populares (comedores, Comités de Vaso de Leche,

Clubes de Madres), que favorecían al mismo tiempo el fortalecimiento de grupos feministas y de promoción del desarrollo son un antecedente inevitable para reflexionar sobre el nuevo sentido de las políticas de cuidado.

En esa etapa predominó un enfoque familista que exaltaba el cuidado de las mujeres como un don lo que visto a la luz de la evolución reciente se ha convertido en la principal fuente de su exclusión de la ciudadanía económica y el derecho al trabajo.

A 15 años de Beijing varios países han empezado a debatir y modificar las políticas de cuidado desde la perspectiva del reconocimiento del trabajo no remunerado de las mujeres. La mayoría cuenta desde hace mucho tiempo con programas y servicios, generalmente deficientes y entendidos como un apoyo a las mujeres con la consiguiente maternalización de sus enfoques, es decir, basados en el supuesto de

RECUADRO 1. El reconocimiento internacional del cuidado

- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995): se reconoce políticamente la necesidad de modificar la división sexual del trabajo en tanto construcción sociocultural.
- Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe y Consenso de Quito (2007): los gobiernos recuperan la centralidad de esta temática para la igualdad de género.
- Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer y Consenso de Brasilia (2010): los gobiernos se comprometen a “adoptar todas las medidas de política social y económica necesarias para avanzar en la valorización social y el reconocimiento del valor económico del trabajo no remunerado prestado por las mujeres en la esfera doméstica y del cuidado”.

Fuente: Elaboración propia.

que cuidar además de un atributo natural de las mujeres es su principal fuente de reconocimiento. Todos los estudios disponibles indican que estos servicios tienen muy baja cobertura cuando son públicos, costos muy altos cuando son privados y no hay información disponible sobre el gasto social dirigido a ellos.

Es reciente el reconocimiento acerca de la importancia de inscribir los servicios de cuidado como parte de los esfuerzos por favorecer la igualdad entre hombres y mujeres, entendiendo que todas las personas tienen derecho al cuidado y que le corresponde al Estado establecer las normas para que esta tarea estratégica desde el punto del desarrollo no recaiga sobre el tiempo gratuito de las mujeres. Estamos pues ante un cambio de paradigma que aun no cristaliza pero que ya muestra señales alentadoras.

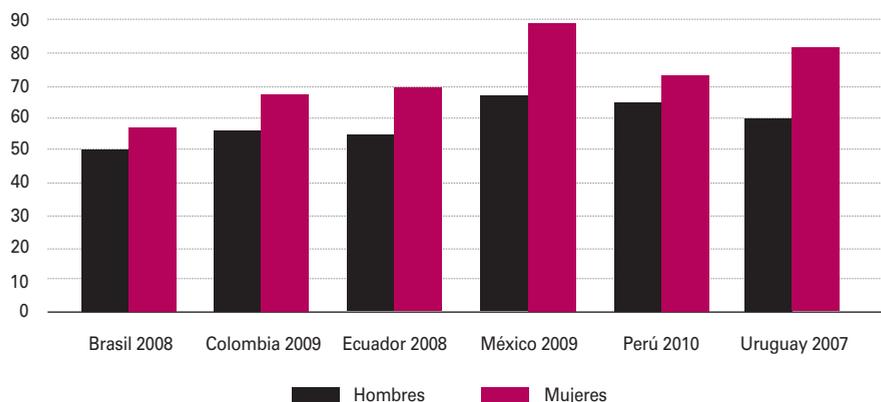
Como se ha dicho hasta el cansancio las razones para este cambio tienen que ver con la desproporción entre la demanda social de cuidado y los recursos humanos disponibles fruto del desarrollo demográfico, pero también se debe al proceso de emancipación de las mujeres. Mientras en Europa esta reflexión va de la mano del desafío planteado por el envejecimiento, en América Latina conviven los rezagos en el cuidado infantil y el creciente aumento de los adultos mayores que no son autovalentes. La conciencia de los derechos de otros grupos humanos importantes como los enfermos y discapacitados ha tensionado las demandas obligando a los gobiernos a prestar mayor atención aunque todavía no hay ni un país que pueda considerarse exitoso en la implementación de estos servicios.

Las mujeres, madres, abuelas y hermanas siguen siendo junto a las trabajadoras domésticas –mal remuneradas– las principales responsables de una labor que desde el punto de vista de la economía feminista debiera entenderse como un pilar fundamental del desarrollo productivo y más concretamente de la productividad. Mientras el 12% de la fuerza laboral femenina trabaja en el empleo doméstico, no más del 1% de los hombres lo hace. Esto muestra con claridad que el trabajo reproductivo o de cuidado se extiende al mercado laboral convirtiéndose en una doble carga que coloca a las mujeres más pobres en víctimas de la división sexual del trabajo dentro de sus hogares, en el mercado laboral interno y en el mercado de cuidado internacional crecientemente atendido por mujeres migrantes (Tobío, 2011).

Un indicador impactante del desbalance provocado por las responsabilidades de cuidado asumidas por las mujeres es el hecho de que una de cada tres mujeres carece de ingresos propios lo que afecta negativamente su autonomía económica y, por lo tanto, su capacidad de formar parte activa del desarrollo económico y social. La proporción de mujeres sin ingresos propios en América Latina urbana alcanza, alrededor de 2009, al 31,8% mientras que la proporción de hombres llega sólo a 12,6%. Las disparidades entre países son importantes. Se observa que, mientras en Colombia la proporción de mujeres sin ingresos propios llega a 38,2%, en Uruguay solo el 18,5% de las mujeres no tienen ingresos propios.

En las zonas rurales de América Latina, el porcentaje de mujeres sin ingresos propios llega al 38,2% en comparación con el

GRÁFICO 1. Tiempo total de trabajo remunerado y no remunerado (Promedio de horas semanales). Población de 15 años y más



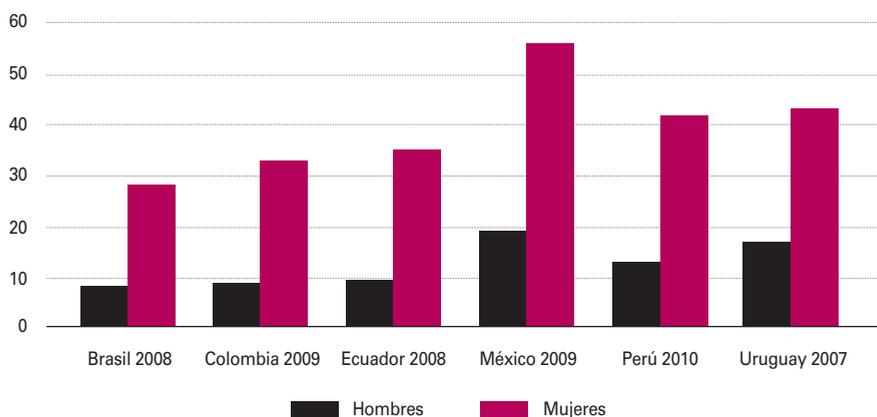
Fuente: CEPAL, Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. Véase [en línea]: <http://www.cepal.org/oig>

13,6% de los hombres. Las disparidades entre países son aún mayores. Mientras en Colombia el 52,3% de las mujeres no tienen ingresos propios, en Costa Rica llegan al 46,2%. Estos dos casos más críticos para el año 2009 contrastan con el del Uruguay donde ellas solo son el 26,3%.

Las mujeres sin ingresos propios aún son clasificadas como “inactivas” en las estadísticas de participación laboral son las principales trabajadoras del cuidado. A pesar de ello, la región está ante el crecimiento de la participación laboral de las mujeres, tanto en medio urbano como en medio rural. En 2009, el promedio de la tasa de participación de las mujeres urbanas alcanza el 53%, superando por 9 puntos porcentuales la tasa media observada en 1990 (CEPAL, 2010). También aumentó la participación laboral de las mujeres rurales entre 1990 y 2005 (FAO, 2010). La mayor inserción laboral de las mujeres

ha implicado una considerable extensión de su tiempo de trabajo, debido a que ellas mantienen sus responsabilidades familiares mientras los hombres se dedican casi exclusivamente al trabajo remunerado. Las últimas encuestas de uso del tiempo realizadas en la región confirman, más allá de los problemas de comparabilidad internacional, la existencia de un patrón común. Este patrón se puede observar tanto en el medio rural como urbano, con una mayor dedicación –en términos de horas semanales– de las mujeres rurales al trabajo doméstico no remunerado en la casi totalidad de los casos. La doble jornada significa contar con menos tiempo para el trabajo remunerado y, por ende, con menos ingresos monetarios. Los ingresos y los derechos que se obtienen del cuidado son menores a los que se adquieren en el empleo regular y nunca son suficientes para adquirir la autonomía económica y protegerse de la pobreza a lo largo del ciclo vital.

GRÁFICO 2. Tiempo total de trabajo no remunerado.
(Promedio de horas semanales). Población de 15 años y más



Fuente: CEPAL, Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe.
Véase [en línea]: <http://www.cepal.org/oig>

8.1. CAMBIO EN LAS POLÍTICAS

Uruguay discute una propuesta para el diseño de un Sistema Nacional de Cuidados que se espera sea aprobado hasta finales de 2011. Un grupo de trabajo interinstitucional¹ ha preparado una propuesta que se someterá a debate público antes de ser adoptada como política nacional el año 2011. Costa Rica cuenta desde 1999 con la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (No. 7.935), que busca garantizar el cumplimiento de los derechos y beneficios para este grupo. La misma ley crea el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONA-PAM), como ente rector en materia de envejecimiento y vejez, encargado de formular las políticas y los planes nacionales en la materia y se encuentra trabajando para consolidar la red nacional de cuidado para personas adultas mayores (Sauma, 2011).

En Chile, durante el gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010) se creó el Programa Chile Crece Contigo destinado a garantizar jardines infantiles y salas cuna a niños y niñas que pertenecen al 40 % de la población más pobre. Mediante el Pilar Solidario que complementa el sistema de capitalización individual heredado de las políticas de privatización, se establece la Pensión Básica Solidaria gradual y el Aporte Previsional Solidario, la separación del seguro de invalidez y sobrevivencia entre hombres y mujeres, la extensión a los hombres del beneficio de viudez, la autorización de la división del saldo acumulado en las cuentas individuales de cada cónyuge en caso de divorcio o nulidad, y el bono por maternidad, que significará 12 cotizaciones mínimas extra por cada hijo nacido vivo o hija nacida viva de las mujeres que imponen en las administradoras de fondos de pensio-

¹ Directora de la División de Asuntos de Género, CEPAL.

RECUADRO 2. América Latina: Leyes de Cuidado

Tipo de Legislación	América Latina
Legislación Licencia Maternidad	20
Legislación, Madres Lactantes	20
Licencias paternidad	12
Leyes de discapacidad	18
Legislación sobre trabajo doméstico	4
Convenio 156 OIT Sobre los Trabajadores con responsabilidades familiares	9

Fuente: CEPAL, Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Véase [en línea] <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/index.htm>.

Nota: América Latina (20 países).

nes (AFP), lo que implica un reconocimiento del Estado al aporte al desarrollo del país que realizan las mujeres por medio de la maternidad y la crianza. Esto ha disminuido al cabo de un año de implementación la proporción de mujeres sin ingresos propios. Por ejemplo si en 2007 el porcentaje de mujeres sin ingresos propios en el país era de un 35%, en el 2009 este porcentaje disminuyó al 30%².

En Panamá la Ley N° 54 de 1999 reforma el Régimen del seguro voluntario de la Caja del Seguro Social, para incorporar a la persona que se dedique a la atención de su familia. Esta ley permite que se acojan a ella las personas que, dentro de una relación familiar, realizan labores reproductivas de carácter biológico, tales como: procreación,

alumbramiento y lactancia y/o socialización, educación y cuidado de su prole y/o labores productivas de carácter social, como el mantenimiento y la administración del hogar. La Argentina cuenta con una ley de jubilación sin aportes³ y otra de jubilación anticipada que ha beneficiado principalmente a las mujeres que no lograron aportar al sistema previsional principalmente por ocuparse a lo largo de su trayectoria al trabajo doméstico no remunerado.

México cuenta con el programa de 3.000 estancias infantiles para atender a niñas de madres trabajadoras y un programa de transferencias adultos mayores. También se implementa el programa Escuelas de tiempo completo, con el objeto de ofrecer una opción educativa para los hijos de las familias uniparentales, de madres trabajadoras o de ambos casos, que amplía el tiempo de estancia en el centro educativo y diversifica las experiencias formativas.

Cuba cuenta con un sistema de remuneración de cuidadoras de personas con discapacidad, niños y adultos dependientes. Perú al igual que la mayoría de los países ha mantenido el sistema de *wawa wasis* para el cuidado preescolar y la mayoría de los países tienen algunos programas de baja cobertura para ofrecer este servicio⁴. En Belice se aumentó la licencia de maternidad a 14 semanas y se reconocen las labores domésticas como aporte a la economía del hogar en caso de disolución. Las

² Véase el Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe [en línea] <http://www.cepal.org/oig/aeconomica/>

³ Leyes 24.476 de jubilación sin aportes y 25.994 e jubilación anticipada.

⁴ Para una información actualizada y completa de legislación relacionada con el cuidado, véase el Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe [en línea]: <http://www.cepal.org/oig/>.

mujeres divorciadas en México gracias a una resolución de la Suprema Corte de Justicia tienen derecho a recibir una pensión alimenticia; si durante la vida en matrimonio se dedicaron al hogar y cuidado de los hijos y por tanto hayan estado imposibilitadas para trabajar o tengan bienes que no sean suficientes para su manutención.

Las reformas constitucionales, los cambios en la legislación de familia, el desarrollo notable de las estadísticas de género y, en particular, las encuestas de uso del tiempo, los programas de combate a la pobreza, las transferencias monetarias, las prácticas laborales, el cuidado infantil y la sensibilización de actores son algunos de los ámbitos donde se producen estos cambios.

En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) se reconoce de manera explícita el trabajo del hogar, como actividad económica que crea valor agregado y produce riqueza y bienestar social, y el derecho de toda persona a la seguridad social –donde se incluye específicamente a las amas de casa– “como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure la protección en contingencias de maternidad”. En la Constitución se afirma además que “la ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección” y que “el Estado garantizará la igualdad y equidad de hombres y mujeres en el ejercicio del derecho al trabajo”. En 2007, mediante el decreto 5.370, se inicia la cancelación de una deuda histórica: 50.000 mujeres comienzan a percibir el 100% del salario mínimo por sus años de trabajo como amas de casa.

En el caso de Ecuador, la Constitución (1998) garantiza el derecho a la seguridad social irrenunciable para todas las personas, y además pone especial énfasis en el cuidado de adultos mayores al subrayar que el Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades. Asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. De la misma manera, las jóvenes y los jóvenes tendrán el derecho de ser sujetos activos en la producción, así como en las labores de autosustento, cuidado familiar e iniciativas comunitarias. Además, se reconoce como labor productiva el trabajo no remunerado de autosustento y cuidado humano que se realiza en los hogares.

En el Estado Plurinacional de Bolivia, la Nueva Constitución Política del Estado (2009) establece en su artículo 338 que debe reconocerse “el valor económico del trabajo del hogar como fuente de riqueza que deberá cuantificarse en las cuentas públicas”. En él se reconoce no solo el trabajo no remunerado de las mujeres, además se hace referencia a la necesidad de cuantificarlo en las cuentas nacionales, lo que plantea al país el desafío de desarrollar fuentes de información e implementar metodologías destinadas a la valorización económica de este recurso público no monetario.

En la República Dominicana se proclamó la Nueva Constitución Política del Estado

RECUADRO 3. Programa de Acción Regional Para Las Mujeres de América Latina y el Caribe (1995-2001)*

- “Realizar estudios y establecer mecanismos que permitan cuantificar la contribución y el valor económico del trabajo no remunerado de las mujeres, especialmente las tareas domésticas, su participación en la agricultura y la alimentación y en la crianza de los hijos, e incorporar ese aporte a las cuentas nacionales”
(Acción estratégica VI.c).
- “Promover y alentar la participación de la mujer y el hombre en pie de igualdad, alentando medidas tales como las licencias familiares para mujeres y hombres, de modo que tengan más posibilidades de equilibrar sus responsabilidades domésticas y públicas”
(Acción estratégica VI.i).

Fuente: Plan de Acción Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina (1977).

*Adoptado por los gobiernos de la región en la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe

(2010), donde se señalan el principio de igualdad, el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, el reconocimiento del valor productivo del trabajo doméstico y la igualdad salarial por igual trabajo.

Haití, Guatemala, Bolivia, Chile y Uruguay cuentan con leyes que equiparan los derechos de las trabajadoras del servicio doméstico con el resto de las trabajadoras en consonancia con la reciente aprobación del Convenio 189 de la OIT, rubro que en 2009 incluía en América Latina al 13 % de la PEA femenina (CEPAL, 2010).

Mientras los cambios legislativos y políticos emergen lentamente, en América Latina se está produciendo un paulatino pero inexorable envejecimiento de la población, pues todos los países de la región se van convirtiendo, a distinto ritmo, en sociedades más envejecidas. Este proceso presenta dos características preocupan-

tes: a) un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países desarrollados y; b) un contexto caracterizado por una persistente desigualdad, un débil desarrollo institucional, sistemas de protección social de baja cobertura y calidad y una demanda de cuidado creciente en las familias.

Como es de prever, una transformación demográfica de este carácter tendrá profundas repercusiones en la sociedad y en ámbitos específicos de las políticas públicas, los derechos humanos y el papel del Estado.

Por otro lado, en América Latina, las estructuras familiares han experimentado cambios, y a medida que la población envejece, aumenta el porcentaje de hogares con presencia de personas mayores. Hasta ahora, la familia ha proporcionado apoyo emocional, económico, social y de salud a sus miembros de mayor edad, por lo

que configura la entidad responsable de su cuidado e integración social (Villa, 2003). Sin embargo, la disminución del tamaño de la familia, la fuerte diversificación experimentada en las últimas décadas y la sobrecarga de tareas ocasionada a raíz de la necesidad de asumir nuevas demandas en un ámbito de creciente debilidad del Estado, derivan en una institución familiar con demandas excesivas que difícilmente podrá cumplir con todas las funciones asignadas si no cuenta con el apoyo necesario para lograrlo.

El ritmo de las transformaciones socio demográficas y los avances en la igualdad de las mujeres han tenido un eco en las políticas públicas pero no han llegado a la vida cotidiana de las personas.

8.2. EL VALOR DEL TIEMPO

Entre los avances más significativos se denotan la voluntad política en construcción, hoy se puede observar que, en América Latina un número importante de países ha recolectado información sobre el uso del tiempo, atendiendo así las recomendaciones y mandatos de las conferencias internacionales y regionales. Entre 1988 y 2010 al menos 16 países emprendieron una o más iniciativas de medición sobre uso del tiempo⁵ y varios los que prosiguen con la medición del valor monetario del trabajo no remunerado.

En el ámbito regional las principales impulsoras de estas políticas han sido las entidades responsables de las políticas de género, que por lo menos desde el Consenso de Quito (2007) y luego el Consenso de Brasilia (2010) el tema del cuidado se posicionó en la agenda pública. Un progreso notable constituye la decisión de la Conferencia Estadística de las Américas (CEA) de acoger la propuesta de clasificación de actividades de uso del tiempo para América Latina y el Caribe como parte del sistema de clasificación de actividades (CAUTAL), hecho que implica un avance técnico y metodológico clave para continuar la medición.

Además de los esfuerzos para mejorar las estadísticas del tiempo algunos países como Ecuador, Perú y México están trabajando en la institucionalización de cuentas satélites dentro del Sistema Nacional de Cuentas Nacionales para contabilizar el trabajo doméstico no remunerado y su contribución a la producción nacional. Un ejemplo interesante lo ha dado Colombia con su ley 1413 de economía del cuidado⁶ (por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas).

⁵ Argentina en 2005, Brasil en 2005, Chile en 2007, Colombia en 2007, 2008 y 2009, Costa Rica en 2004, Cuba en 2001, Ecuador en 2005 y 2007, El Salvador en 2005 y 2010, el Estado Plurinacional de Bolivia en 2001, Guatemala en 2000 y 2006, Honduras en 2009, México en 1998, 2002 y 2009, Nicaragua en 1998, Panamá en 2005, el Perú en 2010 y Uruguay en 2003 y en 2007.

⁶ http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2010/ley_1413_2010.html

El papel de las Naciones Unidas ha sido fundamental para catalizar los esfuerzos de las mujeres a nivel regional en una ofensiva global que da lugar a redes internacionales de mujeres como estrategia para enfrentar la debilidad en sus países. Esta debilidad se producía ya sea porque muchos de ellos carecían de regímenes democráticos capaces de legitimar incipientes iniciativas de organización, reflexión y formulación de leyes y políticas, o porque en general prevalecían políticas neutras desde la perspectiva de género.

Desde la primera Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina (1977), hasta el Consenso de Quito (2007) y el de Brasilia (2010) los países de América Latina y el Caribe han dado grandes pasos en el proceso de institucionalización de las políticas de igualdad de género y particularmente en la visibilización y la medición del trabajo no remunerado.

Los cambios producidos han permitido la aparición de nuevos enfoques como la propuesta de Uruguay que define los cuidados “como una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia de las personas con dependencia transitoria, permanente o crónica, o asociada al ciclo de vida” (Consejo Nacional, 2011). La propuesta se orienta a enfrentar las demandas de cuidado e niñas y niños, las personas con discapacidad y los adultos mayores en situación de dependencia.

Se puede concluir que hoy existen varios avances en torno al reconocimiento y la valoración del trabajo no remunerado tanto

en la región como en el mundo. Luego de un largo período en que bajo el influjo del llamado consenso de Washington los países orientaron sus políticas a garantizar la seguridad jurídica de los mercados y las empresas y a otorgar al Estado un papel subsidiario limitado a enfrentar las demandas de sobrevivencia de los grupos más vulnerables, es significativo el progreso en la formulación de nuevas políticas aunque aún preocupa su rezago en la implementación.

BIBLIOGRAFÍA

BATTHYÁNY, Karina (2004): *Cuidado infantil y trabajo ¿un desafío exclusivamente femenino?*, Montevideo, Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR)/Organización Internacional del Trabajo (OIT).

BLONDET, Cecilia y Carmen Montero (1994): “La situación de la mujer en el Perú: 1980-1994” *Documento de Trabajo*, N° 68. *Serie Estudios de Género*, N° 1. Lima. Instituto de Estudios Peruanos (IEP) [en línea] <http://www.iep.org.pe/textos/DDT/ddt68.pdf>.

CARRASCO, Cristina (2003): “La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres?”, *Mujeres y trabajo: cambios impostergables*, Magdalena T. León (comp.), Porto Alegre, Red Latinoamericana Mujeres Transformando la Economía (REMTE) / Marcha Mundial de las Mujeres / Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) / Agencia Latinoamericana de Información (ALAI).

CEPAL, (2010): *Panorama social de América Latina, 2010* (LC/G.2481-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.11.II.G.6.

—(1997): “Consenso de Santiago”, *Informe de la séptima Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe* (LC/G.2016(CRM.77)), Santiago de Chile, 19 a 21 de noviembre [en línea] <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mujer/noticias/noticias/9/5419/P5419.xml&xsl=/mujer/tpl/p1f.xsl&base=/mujer/tpl/topbottom.xslt>.

DURÁN, María Ángeles (2007): *El valor del tiempo. ¿Cuántas horas te faltan al día?*, Madrid, Espasa Calpe.

—(2006): “El futuro del trabajo en Europa: el cuidado de las personas dependientes”, *Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público: una mirada desde el género*, México, D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)/ Organismo Alemán de Cooperación Técnica (GTZ).

FAO, (2010): *El estado mundial de la agricultura y la alimentación (2010-2011). Las mujeres en la agricultura. Cerrar las brechas de género en aras de desarrollo*. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. Roma. Véase [en línea] <http://www.fao.org/docrep/013/i2050s/i2050s00.htm>

MONTAÑO, Sonia (1988): *Mujer, donaciones alimentarias y poder local en la ciudad de El Alto, Bolivia* [en línea] http://www.cieplan.org/media/publicaciones/archivos/106/Capitulo_5.pdf

PICCHIO, Antonella (2001): “Un enfoque macroeconómico “ampliado” de las condiciones de vida”, documento presentado al taller internacional Cuentas nacionales de salud y género, Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Fondo Nacional de Salud (FONASA), 18 y 19 de octubre.

—(1999): “Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social”, *Mujeres y economía*, C. Carrasco (ed.), Barcelona, Icaria-Antrazyt.

RODRÍGUEZ, Corina (2007): “La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay”, *serie Mujer y desarrollo*, N° 90 (LC/L.2844-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.07.II.G.167.

—(2005): “Economía del cuidado y política económica. Una aproximación a sus interrelaciones”, documento presentado en la trigésima octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Mar del Plata, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 7 y 8 de septiembre.

SAUMA, Pablo, (2011): “Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores de Costa Rica. *Serie seminarios y conferencias* No 63. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://www.eclac.cl>

TOBÍO, Constanza y otros (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*.

Colección Estudios Sociales n° 28. Barcelona. Fundación "la Caixa".

VALDÉS, Teresa y otras (1989): *Centros de Madres 1973-1989 ¿Sólo disciplinamiento? Documento de Trabajo n° 416* –julio. Chile. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

MOEMA, Viezzer, (1985): *"Si me permiten hablar..."*, *Testimonio de Domitila, una mujer de la minas de Bolivia*. México. Siglo XXI Editores.

NOTAS DE INVESTIGACIÓN

A. DE LA “BUENA VECINA” A LA CUIDADORA INSTITUCIONAL. LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE CUIDADO COMO ELEMENTO DE CAMBIO EN LAS RELACIONES VECINALES ENTRE MAYORES*

Chiara Cerri**

A causa de la mejora de las condiciones de vida y de la disminución de la natalidad, en la actualidad la sociedad española está encaminada hacia un proceso de envejecimiento poblacional. Además, en las zonas rurales, el flujo migratorio que ha empujado y empuja a los habitantes más jóvenes a trasladarse a otras localidades, sigue teniendo importantes efectos en este proceso de envejecimiento, generando una mayor presencia de población mayor en los lugares de origen.

Este escenario caracteriza la zona de estudio: la Mancomunidad de Sierra de Gata en provincia de Cáceres (Extremadura, España).

En esta breve comunicación, se presentan algunos de los resultados sobre el desarrollo de las políticas públicas de cuidado como factor de cambio en la comunidad rural, obtenidos mediante un trabajo de campo etnográfico, realizado en dos municipios de alrededor de 1.000 y 2.000 habitantes¹.

La investigación se ha centrado en el análisis del cuidado ofrecido a personas mayores², siendo uno de sus principales objetivos explorar las relaciones de cuidado y los valores que influyen en estas.

El interés de realizar la investigación en un contexto rural se debe a dos motivos. En primer lugar, al hecho de que las zonas rurales no han sido muy exploradas por las investigaciones centradas en el cuidado. Y, en segundo lugar, al característico proceso de sobre-envejecimiento (Alberdi Collantes, 2007) que está viviendo la población rural, particularidad que permite explorar más de cerca los vínculos, las percepciones y vivencia de los mayores.

En los municipios de estudio, a menudo los hijos/as y los demás familiares cercanos de los más mayores se encuentran en otras localidades por haber emigrado en el pasado en búsqueda de trabajo o mejores condiciones de vida. Por lo que, ahora, sus progenitores se encuentran en una situación de soledad. Dicha situación se complica cuando, a causa de los recientes cambios en la estructura familiar, como es la entrada de la mujer en el mercado laboral, los mayores no tienen la posibilidad de beneficiarse de cuidados familiares.

Para remediar esta situación, las instituciones locales han puesto en marcha unos servicios públicos de cuidado que se rigen por el copago, impulsados por la Ley de Dependencia³: Ayuda a domicilio,

* Trabajo realizado mediante la Ayuda Predoctoral de Formación de Personal Investigador (BES-2009-026934) asociada al proyecto de investigación (CSO2008-04747) “Los usos del tiempo en España e Iberoamérica. Los tiempos del cuidado”, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y dirigido por la Profesora María Ángeles Durán.

** Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC.

¹ Los nombres reales de las personas, los municipios y sus lugares han sido ocultados o sustituidos con nombres ficticios para salvaguardar la confidencialidad de los informantes.

² Aunque la gran parte de las personas a las que se refiere este trabajo son mujeres, se ha optado por la escritura en masculino genérico, siguiendo el principio de economía del lenguaje y con el objetivo de facilitar la lectura del texto y evitar posibles confusiones.

³ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Teleasistencia, Centro de día-comedor, Comida a domicilio, Pisos Tutelados y Residencia.

Esto es, en síntesis, el contexto de estudio donde se ha realizado la investigación. Para cumplir con los objetivos, se han utilizado técnicas de investigación sobre todo cualitativas y, en menor medida, cuantitativas.

Por una parte, se ha realizado una revisión estadística a partir de los datos del INE, Imsero y otras instituciones públicas, con el fin de conocer los datos acerca del proceso de envejecimiento demográfico en España y en Extremadura. Por otra, se ha realizado un trabajo de campo etnográfico, a través de distintas estancias entre mayo y octubre de 2010, en que se han utilizado principalmente dos técnicas cualitativas: observación participante y entrevistas en profundidad.

A causa de la dificultad encontrada en el trabajo de campo para relacionarse con los hombres, la mayor limitación del estudio está en que los testimonios reunidos provienen en gran parte del segmento femenino de la población, lo que explica por qué los sujetos a los que se refiere el estudio son en su mayoría mujeres. Sin embargo, para compensar esa limitación, se ha “explotado” la técnica de observación participante, recopilando otros datos significativos para compararlos con los discursos de las entrevistadas y llegar así a conclusiones más generales.

Precisamente, el análisis de los datos ha permitido obtener resultados relevantes para el conocimiento de las relaciones de cuidado entre mayores, en el ámbito rural.

En primer lugar, el caso estudiado revela la presencia de numerosos servicios públicos de cuidado, lo que indica que no todas las zonas rurales son “discapacitantes” por falta de servicios, como defienden algunas investigaciones (Rodríguez Rodríguez, 2004; Hernández, 2002).

En segundo lugar, la investigación revela que los servicios públicos de cuidado han introducido unos cambios en las relaciones vecinales, tanto que, a diferencia de lo que afirman otras investigaciones (Tobío *et al.*, 2010), aquí la ayuda del vecindario no es tan extendida, limitándose a un “estar allí por si acaso”. Las vecinas acuden a los servicios públicos para recibir asistencia y evitar así entablar entre ellas una relación de reciprocidad “obligada”, donde, como dijo Mauss (1971) el carácter voluntario del don es “aparentemente” libre y gratuito: la demanda de un favor, o una ayuda, está directamente vinculada a la devolución del mismo. Al mismo tiempo, gracias también a la reciprocidad monetaria en la que se basan los servicios públicos, van adquiriendo legitimidad sociocultural, configurándose como causa y consecuencia de los cambios en las relaciones sociales y valores de los mayores.

Sin embargo, siendo el cuidado una construcción socio-cultural (Bazo, 2008; Comas d’Argemir, 1993), los cambios producidos por la legitimación de los servicios públicos se están incorporando de forma discontinua con el paso del tiempo. Es decir, en la zona de estudio, subsisten todavía unas redes de cuidado que entrelazan los servicios directos ofrecidos por las instituciones con los cuidados informales de familiares y los cuidados formales con-

tratados. Estas redes de cuidado, que se mueven entre el ámbito público y privado, podrían evolucionar hacia un modelo de intervención en red (Vega Solís, 2009) o de *Social care* (Martín Palomo, 2008a, 2008b, 2009) que actualmente parece ser la mejor solución para una atención efectiva de las necesidades de las personas mayores.

Además, en el contexto de estudio, la característica de cercanía relacional y espacial entre servicios y usuarios, permite diseñar unas prestaciones públicas más acordes a las necesidades de las personas mayores y de sus familias, en beneficio de los individuos y de la colectividad. En efecto, este factor, que funde en el cuidado formal y público las dimensiones del *caring for* y del *caring about* (Tronto, 2005, 2010), representa la ventaja que tienen las zonas rurales para conseguir el éxito de los servicios públicos en la instauración de un modelo de intervención en red.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi Collantes, Juan Cruz (2007): "Contribución de la mujer al cuidado de los mayores residentes en el caserío: el caso de Oiartzun (Guipúzcoa)", *Ager*, 7, pp. 61-100.
- Bazo, María Teresa (2008): "Personas mayores y solidaridad familiar", *Política y Sociedad*, 45, 2, pp. 73-85.
- Comas d'Argemir, Dolores (1993): "Sobre el apoyo y el cuidado. División del trabajo, género y parentesco". En Roigé i Ventura, X. (Coord.) *Perspectivas en el estudio del parentesco y la familia*, Tenerife, VI Congreso de Antropología, pp. 65-82.
- Durán, María Ángeles (2002): *Los costes invisibles de la enfermedad*, Bilbao, Fundación BBVA.
- Durán, María Ángeles (dir.) (2003): *La aportación de las mujeres a la economía y a la sociedad de la Comunidad de Madrid*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Dirección General de la Mujer.
- Martín Palomo, María Teresa (2008a): "Los cuidados y las mujeres en las familias", *Política y Sociedad*, 45, 2, pp. 29-47.
- Martín Palomo, María Teresa (2008b): "Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados", *Cuadernos de relaciones laborales*, 26, 2, pp. 13-44.
- Martín Palomo, María Teresa (2009): "El care, un debate abierto: de las políticas de tiempos al *social care*", *Cuestiones de género: de la igualdad a la diferencia*, 4, pp. 325-355.
- Mauss, Marcel (1971): "Ensayo sobre los dones. Motivo y forma del cambio en las sociedades primitivas". En Mauss, M., *Sociología y Antropología*, Madrid, Editorial Tecnos, pp. 153-263.
- Rodríguez Rodríguez, Pilar (2004): "Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas", *Perfiles y Tendencias*, 11, Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Sanmartín Arce, Ricardo (1999): *Valores culturales. El cambio social entre la tradición y la modernidad*, Granada, Editorial Comares.
- Sanmartín Arce, Ricardo (2003): *Observar escuchar comparar escribir. La práctica de*

la investigación cualitativa, Barcelona, Editorial Ariel.

Tobío, Constanza; Agulló Tomás, María Silveria; Gómez, María Victoria y Martín Palomo, María Teresa (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Barcelona, Fundación "La Caixa".

Tronto, Joan (2005): "Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad". En EMA-

KUNDE/Instituto Vasco de la Mujer, *Congreso Internacional Sare 2004 ¿Hacia qué modelo de ciudadanía?*, Vitoria, Instituto Vasco de la Mujer, pp. 231-253.

Tronto, Joan (2010): "Cura e politica democratica. Alcune premesse fondamentali", *La società degli individui*, 38, 2, pp. 34-42.

Vega Solís, Cristina (2009): *Culturas del cuidado en transición*, Barcelona, Editorial UOC.

B. EL CUIDADO FAMILIAR DE ADULTOS MAYORES Y DISCAPACITADOS EN CHILE

María Inés Araya Pérez*

FUENTES DISPONIBLES PARA EL ANÁLISIS DEL CUIDADO EN CHILE

Una de las dificultades a la hora de establecer medidas más concretas y reales con la situación de salud que se vive en el país, es la referida a la actualización de las bases de datos sobre cuidados disponibles en el país. La información más reciente a nivel nacional data del año 2004 (Encuesta Nacional de Discapacidad), por lo que, según los indicadores de evolución, principalmente de envejecimiento, ya están obsoletos.

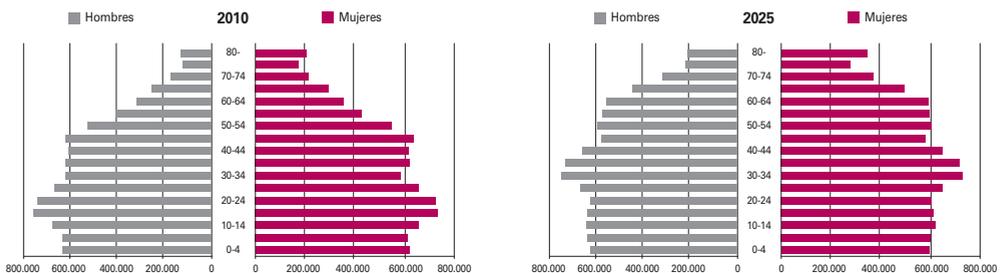
Se necesitan bases de datos válidas que permitan constatar la magnitud de la situación del cuidado en Chile y por ende, la magnitud de la carga de los cuidadores. En Chile, las mujeres han asumido históricamente el papel de mediadoras entre el sistema institucional de salud y las personas, manteniendo un rol central en el apoyo de acciones comunitarias. [Gálvez y Matamala, 2002]. Considerando que los cuidados familiares van a ir en aumento, prin-

cipalmente los referidos al cuidado de ancianos, y teniendo en cuenta que ha disminuido notoriamente el número de integrantes del núcleo familiar, convendría comenzar ahora la discusión seria y crítica de las próximas políticas públicas a implementar en esta área. En la actualidad no existe ningún proyecto de ley que se esté discutiendo ni propuesto en esta materia.

También se debe poner especial énfasis en las manifestaciones físicas, psicológicas y emocionales que los cuidadores desarrollan. Lo anterior, para poder tratar a tiempo posibles depresiones, enfermedades o padecimientos crónicos; en muchos casos son las propios cuidadores quienes no reconocen sus síntomas de cansancio, desgaste y malestar. En paralelo a las políticas de cuidado de pacientes crónicos se deben concebir líneas de acción para el cuidado de los cuidadores.

Por otra parte, en la medida que la sociedad y el Estado no reconozcan la labor des-

GRÁFICO 1. Proyecciones de población en Chile 2010-2025



Fuente: Elaboración propia a partir de las Proyecciones de Población INE - CELADE.

* María Inés Araya, socióloga, diplomada en Gerencia Pública de la Universidad de Chile. Ha sido becaria de la Fundación Carolina en el Máster de Problemas Sociales de la Universidad de Granada impartido por la profesora María Ángeles Durán.

empeñada por la mujer en el cuidado de la salud y su aportación siga siendo invisible en las discusiones públicas, se seguirán sobrecargando con actividades perfectamente llevaderas tanto por hombres como por mujeres. El reconocimiento de la labor que desempeñan, permitirá entender las dificultades que a solas deben lidiar y buscar mecanismos de ayuda, protección y solución para enfrentarlos. Por último, se debe poner énfasis en visibilizar el trabajo de cuidado llevándolo a la discusión pública, lo que conllevará tomar conciencia del aporte económico y social que genera, sensibilizando a la sociedad de su importancia. Uno de los criterios básicos a la hora de analizarlo será el tiempo y costo, tanto emocional como físico y económico, des-

tinado a su realización por parte de las mujeres cuidadoras.

En esta comunicación se expondrán dos estudios referidos a la temática. El primero fue elaborado por el Centro de Estudios de la Mujer en 2005 y facilita las primeras (y hasta el momento únicas) observaciones en relación con los tiempos, actividades y costos del trabajo de cuidado. El segundo fue elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas chileno en el año 2008, y desglosa los usos diarios de tiempo, tanto para hombres como para mujeres.

El impacto del cuidado sobre los cuidadores puede verse en el cuadro n°1. Entre

CUADRO 1. Principales modificaciones laborales y personales realizadas por los cuidadores, según sexo

	Mujer (%)	Hombre (%)	Total (%)
Dejar de estudiar	6,0	0,0	5,2
Dejar de trabajar	13,9	9,3	13,3
Disminuir las horas de trabajo	7,3	18,6	8,7
Cambiar horarios de trabajo	6,6	16,3	7,8
Cambiar el turno de trabajo	4,6	14,0	5,8
Trabajar desde la casa	8,9	9,3	9,0
Disminución de ingresos	17,9	18,6	18,0
Afectar la evaluación de mi trabajo/promoción/ascenso	7,0	4,6	6,7
Afectar la posibilidad de tomar decisiones sobre trabajos en grupo o equipo	4,3	0,0	3,8
Perder amigos	10,9	7,0	10,4
Dejar de hacer cosas personales	5,0	0,0	4,4
Otros (problemas familiares, llevar a vivir la persona cuidada a su casa o ir a vivir a casa de ella; empezar a trabajar, aumentar las horas de trabajo)	7,7	2,3	6,9
Total modificaciones	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuadro extraído del Estudio sobre visibilización y medición del tiempo dedicado a las tareas de cuidado de salud no remuneradas. CEM. 2005

CUADRO 2. Tasa de participación y promedio de tiempo diario dedicado a actividades de trabajo NO remunerado

	Mujer (%)		Hombre (%)		Total (%)	
	% Part.	Tiempo	% Part.	Tiempo	% Part.	Tiempo
Tareas Domésticas en el Hogar	77,8	3,9	40,7	2,6	60,0	3,5
•Preparación de alimentos y afines	51,0	1,4	11,0	1,1	31,8	1,3
•Cuidado de ropa	18,5	1,5	1,5	0,9	10,3	1,5
•Hacer el aseo	60,9	2,3	19,2	1,7	40,9	2,1
•Administración del hogar	2,7	2,6	2,9	2,6	2,8	2,6
•Realizar compras para el hogar	32,9	1,5	18,6	1,9	26,0	1,7
•Reparaciones/mantenciones en el hogar	1,8	2,7	7,2	2,5	4,4	2,6
•Cuidado de mascotas	3,1	0,7	1,0	1,0	2,1	0,8
Cuidado de Miembros del Hogar	31,8	2,6	9,2	1,5	20,9	2,4
•Cuidado de Bebes	10,8	2,3	2,8	1,2	6,9	2,1
•Cuidado de menores	20,3	2,2	4,2	1,6	12,6	2,1
•Cuidado de Adultos	6,8	1,4	2,5	1,2	4,8	1,4
•Cuidado de ancianos	2,1	1,4	0,6	1,4	1,4	1,4
Total trabajo doméstico no remunerado	80,8	4,7	44,1	2,8	63,2	4,1
•Actividades de Voluntariado	3,6	2,1	1,7	1,8	2,7	2,0
Total Trabajo No Remunerado	81,2	4,8	44,5	2,8	63,6	4,1

Fuente: Cuadro extraído de la Encuesta Experimental del Uso del Tiempo en el Gran Santiago. INE. 2008.

otras modificaciones, un 17,9% de las mujeres que cuidan disminuyen sus ingresos, 13,9% deja de trabajar, 10,9% pierde sus amistades; en el caso de los hombres sus dificultades son menores salvo por la disminución de ingresos (18,6%). Dejar de hacer cosas personales y reducir la posibilidad de tomar decisiones sobre trabajos en grupo o equipo, afecta al 6% de las mujeres, pero no a los hombres.

En el estudio sobre Uso del Tiempo realizado en el Gran Santiago el año 2008 por el INE, se detectó que el 77,8% de las mujeres destinan en promedio cerca de 3,9 horas diarias para realizar las tareas domésticas en el hogar; la preparación de ali-

mentos, aseo, administración del hogar, entre otras. Se estableció además que un 31,8% de las encuestadas destinaba en promedio 2,6 horas para el cuidado de algún miembro del hogar, sea este menor o adulto. En total, cerca de la mitad del día está dedicado a labores domésticas y de cuidado. (Ver Cuadro 2).

Si realizamos la comparación según sexo de las actividades a las cuales tanto hombres como mujeres destinan su tiempo en un día normal, nos encontraremos que en el cuidado de personas en el hogar, el 78,8% de este lo realiza una mujer y sólo un 21,2% es realizado por hombres.

PERFIL Y ACTIVIDADES DEL CUIDADOR

En Chile, como en otros muchos países, el 80% de la población cuidadora son mujeres. La mayoría son familiares cercanas de la persona a cuidar. Sus edades oscilan entre los 25 y 60 años, siendo en el tramo de 45 a 54 años el mayor porcentaje de cuidadoras (48,7%) según el estudio del CEM anteriormente mencionado. La mayoría de las cuidadoras son dueñas de casa, constituyendo la principal actividad que realizan, no importando el sector socio económico en el cual viven. Por otra parte, la mayor proporción de cuidadoras que además po-

see un trabajo remunerado corresponde a un 34,7% en los sectores medios, frente a un 27,3% y 28,3% de los sectores bajos y altos. Se señala además que la mayoría de las cuidadoras no poseen mayor formación en técnicas de cuidado de las personas, menos aún con el auto-cuidado que deben llevar a cabo para su propia salud.

Se define como actividades visibles aquellas que son mencionadas y/o reconocidas por los cuidadores como parte de las tareas diarias del cuidado, mientras que actividades invisibles son las no declaradas inicialmente pero que fueron desveladas en

CUADRO 3. Actividades de cuidado de salud según visibilidad

Actividades	Visibles (%)	Invisibles (%)	Total (%)
Hacer tratamientos	55,8	44,2	100,0
Controlar manifestaciones de la enfermedad	62,7	37,3	100,0
Fomentar el desarrollo intelectual	16,7	83,3	100,0
Alimentación	46,5	53,5	100,0
Higienización	42,2	57,8	100,0
Administración de medicinas	67,4	32,9	100,0
Organizar elementos de la persona cuidada	26,4	73,6	100,0
Organizar/acomodar entorno de la persona cuidada	14,5	85,5	100,0
Organizar rutina de la persona cuidada	12,5	87,5	100,0
Cocinar comidas especiales	34,0	65,9	100,0
Acompañar en actividades de recreación	18,7	81,3	100,0
Traslados específicos	10,2	89,8	100,0
Entretener a la persona cuidada	7,6	92,4	100,0
Llevar los controles médicos regulares	63,0	36,9	100,0
Llevar a tratamientos específicos	65,0	35,0	100,0
Acompañar a hacer trámites de salud	31,6	68,4	100,0
Hacer trámites para persona cuidada	25,6	74,4	100,0
Comprar remedios	48,6	51,4	100,0
Comprar alimentos	24,1	75,9	100,0
Comprar elementos para persona cuidada	27,8	72,2	100,0

Fuente: Cuadro extraído del Estudio sobre visibilización y medición del tiempo dedicado a las tareas de cuidado de salud no remuneradas. CEM. 2005.

el estudio como parte de las tareas que absorben su dedicación.

Las más visibles son: la administración de medicinas, los tratamientos específicos y el traslado a controles médicos regulares, todas ellas sobre un 60% de visibilidad. Las más invisibles, entretener a la persona cuidada, los traslados específicos y organizar la rutina de la persona cuidada, todas ellas sobre el 85% de actividad.

Un estudio realizado por el Servicio Nacional de Mayores (SENAMA) detectó que como promedio han pasado 5 años desde la última vez que los cuidadores se tomaron un tiempo de recreación y disfrute fuera del contexto de cuidado, debido a la demanda constante de atención, vigilancia y tratamientos originadas por la enfermedad, lo que confirma lo señalado por Durán (2002: 266).

Según la última encuesta de salud realizada en el año 2010 por el Ministerio de Salud, la cifra de enfermedades invalidantes como la hipertensión arterial, diabetes, colesterol elevado, obesidad, artritis, artrosis y osteoporosis, va en permanente aumento y mantiene como principales afectados a mujeres mayores de 65 años. Es la llamada *feminización de las enfermedades crónicas* en las últimas etapas de la vida, lo que quiere decir, que si bien ellas poseen mejor esperanza de vida, tienden a sufrir un mayor número de enfermedades, padeciendo en la mayoría de los casos más de una patología.

Según datos del año 2004, existen en Chile 2.068.072 personas con algún tipo de discapacidad, es decir, 1 de cada 8 chilenos pa-

RECUADRO 4. Personas con discapacidad, según quién les presta apoyo. Distribución porcentual. Chile 2004

	N	%
Amigos	325	0,02
Cuidadora (pagada)	4.978	0,24
Familiares	1.421.066	68,71
Vecinos	6.282	0,30
Nadie	635.421	30,73
Total	2.068.072	100

Fuente: Cuadro extraído del Informe de Resultados de la Encuesta de Discapacidad del 2004. INE.

dece este problema. De ellos, 917.939 (44,3%) padecen una discapacidad media o severa, lo que les imposibilita total o parcialmente para el desarrollo de algunas actividades de manera autónoma y cotidiana, requiriendo del apoyo o cuidado de una tercera persona para su realización.

Más de un 69% de las personas discapacitadas que necesitan ayuda para realizar sus actividades cotidianas, son auxiliadas por la familia. Un 30% de estas personas no tiene a quién recurrir para el apoyo que necesitan.

En resumen, 43 de cada 100 adultos mayores sufre de alguna discapacidad, que le imposibilita mantener total autonomía en su vida cotidiana (caminar, leer, escuchar, entre otras actividades). La tasa media del país en relación a personas que padecen alguna discapacidad se sitúa en 13 de cada 100.

Del total de adultos mayores que sufren de estas dificultades, el 41% se refiere a problemas o dificultades física (desplaza-

CUADRO 5. Discapacidad según grupos de edad y sexo. Tasa por 100 habitantes, Chile 2004

Grupos de Edad	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Miles	Tasa (%)	Miles	Tasa (%)	Miles	Tasa (%)
De 0 a 5 años	22.730	1,81	13.264	2,05	9.466	1,56
De 6 a 14 años	94.723	3,96	57.239	4,50	37.484	3,35
De 15 a 29 años	171.294	4,57	85.152	4,47	86.142	4,69
De 30 a 64 años	1.054.014	15,19	422.259	12,57	631.755	17,65
De 65 años y mas	725.311	43,43	285.582	38,61	439.729	47,26
Total	2.068.072	12,93	863.496	10,89	1.204.576	14,92

Fuente: Encuesta de Discapacidad 2004. FONADIS –INE Chile.

miento, motricidad), pudiendo ser estas de tipo leve o moderado, lo que los hace ser una población que demanda cuidado, ya sea de manera parcial o total. A esta población se añaden un 27% de la población con dificultades para oír (sordera) y un 14% que padece de ceguera (parcial o total).

AVANCES EN MATERIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD: PROGRAMA DE POSTRADOS EN CHILE

“Chile es uno de los países que se han comprometido a mejorar los determinantes sociales de la equidad sanitaria y ya se están elaborando algunas políticas y programas pilotos para impulsar el cambio. Por ello, la valoración del tiempo de las mujeres es clave para tomar las decisiones correctas y evitar la profundización de las desigualdades”. [Mauro y Medel, 2005: 2]

El programa de postrados en Chile, se enmarca dentro de la Ley N° 20.422 del año 2006, que establece la igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidades. Su objetivo es mejo-

rar la calidad del cuidado de la persona postrada, generando las acciones necesarias para su bienestar y el de sus familias. Esta iniciativa es la única en Chile que se está llevando a cabo por el Estado en materia de trabajo de cuidado y salud. Dicha iniciativa permite retribuir a través de un reconocimiento “simbólico” el cuidado y apoyo que brinda la familia y principalmente la mujer a las personas postradas que necesitan de cuidados socio sanitarios. En esta población se encuentran tanto las personas discapacitadas, sean estos niños, jóvenes o adultos, como las personas mayores imposibilitadas de tener cierta autonomía, ya sea por dificultades propias de la edad o enfermedades crónicas. Se lleva a cabo por el Ministerio de Salud a nivel nacional a través de la red de consultorios primarios, logrando una cobertura cercana a las 28.000 personas. Dentro de las acciones que contempla el programa, está el otorgamiento de un reconocimiento monetario mensual al cuidador de 20.000 pesos chilenos (40 euros mensuales). El mantenimiento de dicho beneficio dependerá de las condiciones y sobrevivencia que tenga el paciente.

Esta iniciativa es un primer paso del país en el impulso de políticas públicas de salud para ciertas condiciones de vulnerabilidad y dependencia, pero se deben mejorar en algunos aspectos para lograr los objetivos planteados; la capacitación (a las cuidadoras) queda en manos de los consultorios municipales, que por falta de tiempo no son realizados o solo de manera superficial. Algunas condiciones de enfermedades degenerativas como el Alzheimer o que conllevan alta medicación y tratamiento como el cáncer, no son bien entendidas por la falta de información que tienen los cuidadores y las familias. Se suma a este aspecto la falta de medidas de autocuidado que el propio cuidador debe tener en su labor para no desarrollar patologías tanto físicas (sobre esfuerzo, lumbagos, hernias), como psicológicas (depresión, angustias, síndrome del cuidador, entre otras).

Si bien el programa contribuye a reconocer el trabajo de los cuidados familiares de las personas postradas, condiciona la participación a este según la vulnerabilidad o nivel de pobreza que posee la persona postrada y sus familias, es decir, se reconoce la situación de cuidado en las capas vulnerables de la población, manteniendo invisible el trabajo de cuidado de otros sectores, principalmente el de la clase media chilena, la cual en muchos casos tiene igual o más dificultades para desarrollar las acciones de cuidado (deben trabajar o estudiar para solventar los gastos de la enfermedad o discapacidad del enfermo). Este tipo de reconocimiento mantiene una con-

dición precaria tanto de la cuidadora como del trabajo que está desarrollando, ya que no compensa bajo ningún punto de vista la carga del trabajo y la contribución al mismo. Muchas mujeres han de dejar sus empleos para atender a sus familiares, relegando su condición de autonomía a la de dependencia económica¹.

BIBLIOGRAFÍA:

Albala, C. (2007): *Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial (Informe Final)*. Disponible en: <http://www.senama.cl/Archivos/3366.pdf>. [Consulta: 2011, 10 de Mayo].

Delicado, M. (2003): *Familia y cuidado de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia. Tesis Doctoral*. Universidad de Alicante, Alicante.

Durán, M. (2007): *El Valor del tiempo. ¿Cuántas horas te faltan al día?* Espasa, Madrid.

Durán, M. (2008): "Integración del trabajo no remunerado en el análisis de los sectores de salud y bienestar social" en *La economía invisible y las desigualdades de género: La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*, Organización Panamericana de la Salud, OMS, Washington.

Durán, M. (2002): *Los Costes Invisibles de la enfermedad* (2da ed.). Fundación BBVA, Bilbao.

¹ En la actualidad el pago de una enfermera para el cuidado al interior del hogar está valorado sobre los 8 mil pesos/ día (13 euros/diarios), pudiendo ser en el mes de hasta 240 mil pesos (370 euros mensuales); el cuidado nocturno encarece el costo.

Durán, M. (2011): *El trabajo no remunerado en la Economía Global*. Fundación BBVA, Bilbao. (en prensa).

Gálvez, T., Matamala, M. (2002): *La economía de la salud y el género en la reforma de salud*. En: Género, equidad y reforma de la salud en Chile. Disponible en: <http://www.paho.org/english/hdp/hdw/healththeconomics.pdf> [Consulta: 2011, 10 de Mayo].

INE (2004): *Resultados de Encuesta de Discapacidad 2004*. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/reultados3.pdf. [Consulta: 2011, 3 de Mayo].

INE (2009): *Encuesta Experimental sobre Uso del Tiempo en el Gran Santiago. Principales Resultados*. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/Chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/encuesta_tiempo_libre/pdf/presentacion_eut_17_04_2009.pdf. [Consulta: 2011, 12 de Mayo].

Mauro, A., Medel, J (2005): *Cuidadoras de la Vida. Visibilización de los costos de la*

producción de salud en el hogar: Impacto sobre el trabajo total de las mujeres. Disponible en: <http://www.cem.cl/pdf/cuidadorasvida.pdf>. [Consulta: 2011, 10 de Mayo]

SENAMA (2009): *Estudio Cualitativo Trabajo doméstico y de cuidado que realizan las personas mayores*. Disponible en: <http://www.senama.cl/Archivos/3375.pdf>. [Consulta: 2011, 10 de Mayo]

SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (2009): Estadísticas de licencias médicas año 2009. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-6196.html> [Consulta: 2011, 26 de Mayo].

LEYES

Poder Legislativo de Chile (2010, 10 de febrero): Ley que establece Normas sobre la Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social N° 20.422. [En línea]. Disponible en: <http://www.leyChile.cl/Navegar?idNorma=1010903>. [Consulta: 2011, 10 de Mayo].

C. EL TRABAJO DE CUIDADO EN FAMILIAS TRADICIONALES: UN ESTUDIO DE CASO

Mariela Zúñiga Gamboa*

I. FACTORES QUE LLEVAN A ASUMIR EL TRABAJO DE CUIDADO DE UN FAMILIAR ENFERMO Y SUS REPERCUSIONES

Todo padecimiento comparte la noción de recibir cuidados desde dos aristas: el *sistema extradoméstico*, que incluye atenciones provenientes del Estado y otros actores externos al paciente y, el *sistema doméstico* que abarca un cuidado propio y, en muchos casos, cuando la persona no es capaz de auto cuidarse, de un tercero, que puede ser familiar residente o no en el hogar o un externo al hogar que puede ser o no remunerado (Durán, 2002:259-260).

A partir de dicha caracterización, se deriva una serie de razones que llevan a esta familia a asumir el trabajo de cuidado:

1. El *sistema doméstico* se manifiesta, partiendo de la caracterización de la familia. Una familia tradicional de Costa Rica de *régimen familista* (Aguirre, 2005:8), conformada por los padres y cinco hijas y cuatro hijos, que posee los recursos humanos y económicos, necesarios para hacer frente al trabajo de cuidado, en donde el matrimonio es el centro de la familia, la separación de roles del trabajo está determinada y asumida, la responsabilidad del cuidado se destina, en especial a las mujeres de la familia (Aguirre, 2005) y, se suma el peso conservador y religioso que conlleva pertenecer a este régimen.

2. Se contempla la existencia de recursos humanos suficientes para enfrentar la situación, esto es, la perspectiva de género

manifestado en la existencia de mujeres que podían asumir el trabajo (Aguirre, 2005). El *sistema doméstico*, se conformó mediante una red de cuidado para asistir al enfermo, integrada por una cuidadora familiar residente en el hogar, cuyo rol ejercido fue de cuidadora principal, siendo la hija menor del grupo familiar; tres cuidadoras familiares no residentes en el hogar, en un rol de secundario y; adicional existió una tercera persona que sería externa residente en el hogar, remunerada pero no cualificada (Durán 2002).

3. El enfermo poseía sus propios ahorros de capital (Durán, 2002:76) para asumir los costes que se generaron tanto en el *sistema doméstico* y *extradoméstico*.

4. El papel de actores del sistema en el seno de la demanda de cuidado: Estado, organizaciones sin fines de lucro y entes de carácter privado. Los servicios que el Estado brinda en Costa Rica para enfrentar el cuidado, son escasos; un ente no lucrativo que ofrezca apoyo no se ajusta a la demanda, puesto que, tratándose de una familia tradicional enviar al enfermo a una residencia de personas mayores podía ser una conducta amoral y aunque se tuvieran recursos, estos no eran suficientes para asumir gastos mayores como el de contratar a una persona cualificada.

En un contexto como el expuesto no es raro que se den repercusiones en el seno de la familia. Fernández et al (2000) nos acercan a esta realidad, según ellos durante el trabajo de cuidado pueden generarse

* Licenciada en Relaciones Internacionales con énfasis en Administración y Gerencia de la Cooperación Internacional (Universidad Nacional, Costa Rica).

cambios en las relaciones familiares y reacciones emocionales, consecuencias en la salud y disminución de actividades de ocio (p.20), sobre los cuidadores directamente involucrados.

El rol del trabajo de cuidado que desempeña el cuidador principal no es igual al rol de cuidado de las cuidadoras secundarias y además las expectativas de las hijas cuidadoras y los hijos no cuidadores difirieron, de modo que se generan sucesos en la articulación familiar.

La cuidadora principal no tenía espacios privados con su núcleo familiar cercano, ni tiempo para cumplir sus expectativas personales y presentaba un agotamiento físico y mental, expresado en una necesidad de mantenerse aislada de la familia. Las visitas de los hijos al progenitor, llegaron a serle molestas, puesto que la peregrinación en la casa recargaba de trabajo a la cuidadora y le generaba más tensión.

De modo ilustrativo, antes de que se asumieran la carga de cuidado, la familia mostraba una imagen de *círculo familiar* unido y solidario, manifestado en las reuniones familiares, luego, cuando surge la enfermedad y se debe asumir la responsabilidad, ese *círculo familiar* se desquebraja y asume una imagen de *estrella de mar*, haciéndose notar la desigualdad y movilidad estructural de la familia (Durán 2002:68).

La *estrella de mar* fue efecto de las divergencias en términos de los roles asumidos en el trabajo de cuidado, es decir de una familia numerosa, con diversidad de géne-

ro, quien reside en la vivienda con la persona enferma asume el rol de cuidador principal, solo algunos asumen rol de cuidadores secundarios y otros no asumieron rol alguno de cuidador.

La fase inicial donde se muestran las rupturas de los vínculos familiares y se desdibuja el contorno del *círculo familiar*, se da ante la necesidad de asumir la carga de cuidado por uno u otro miembro de la familia. De modo prolongado va a permanecer la figura de *estrella de mar*, que sería la segunda etapa de la crisis, puesto que las relaciones son móviles y desiguales. En ambos casos, la persona enferma aún está físicamente y las redes entre los miembros de la familia se han debilitado por el cansancio emocional que han generado las mismas tensiones.

A medida que se acercó el deceso de la persona enferma, la figura volvió a evolucionar y se ha convertido, en un renovado *círculo familiar*. Razón que se debe, a la manifestación de emociones y sentimientos que solo las personas que viven el episodio comprenden.

II. ASUMIR EL TRABAJO DE CUIDADO: UNA CUESTIÓN DE GÉNERO Y CIRCUNSTANCIAS ANEXAS

El trabajo de cuidado del caso en estudio, trata de una cuestión de género por varias razones:

1. Es una familia de *régimen familista*, donde tradicionalmente las mujeres asumen este rol de modo predeterminado (Aguirre, 2005) de cuidar a los niños, enfermos y an-

cianos y en cambio, el hombre es quien debe trabajar fuera.

2. Aunado a lo anterior, las mujeres cuidadoras no necesitaban trabajar fuera del hogar, a pesar de tener nivel académico técnico o universitario, porque existía consentimiento entre ella y su esposo y porque disponían de recursos propios heredados por su padre. Dentro de los roles habituales como ama de casa, el *recurso de tiempo* (Durán, 2010:79) estaba ahí disponible para la gestión, puesto que además del recurso económico, sus responsabilidades en su núcleo familiar íntimo ya no demandaban el 100 por 100 de su tiempo, los hijos ya tenían entre 15 y 25 años, salvo en el caso de la cuidadora principal que aún tenía hijas pequeñas que atender.

3. La cuidadora principal asume el trabajo de cuidado por dos factores que hacen la diferencia con el resto, uno de tipo material y otro sentimental. El perfil de todas las mujeres se nota similar hasta este momento, pero esos aspectos hacen la diferencia ante la cuidadora principal. Todo el ciclo de vida de la cuidadora principal había sucedido al lado de su padre, convivía en el mismo espacio físico. El vínculo era mucho más estrecho entre ambos.

La cuidadora principal y las cuidadoras secundarias, asumieron su rol considerando razones que van desde una responsabilidad obligatoria, una motivación por mantener el bienestar de su padre, gratitud hacia él, sentimiento de culpa, para evitar la crítica de la familia, amigos y conocidos (Fernández *et al.*, 2000:18).

III. REPERCUSIONES DEL TRABAJO DE CUIDADO: LA CUIDADORA PRINCIPAL Y LAS CUIDADORAS SECUNDARIAS

El rol de la cuidadora principal comparado con el rol de las cuidadoras secundarias, muestra un abismo si se parte de que la principal reside en el mismo lugar de la persona enferma, puesto que el grado de disponibilidad y la carga física y emocional se hacen más notables. La vida de la cuidadora principal, se desarrolló siempre en el mismo escenario y bajo la misma rutina de cuidado.

Las diferencias en el tipo de cuidado que cada cuidadora aporta a la red son variadas y constituyen una estrategia para procurar sacar a flote la tarea, pero sin ser menos importantes, muchos roles referentes a las actividades desempeñadas, pudieron ser distribuidos entre las involucradas y pueden manipularse para aliviar la carga de una y otra. Se podría decir que se trata de factores de forma, en cambio, si nos trasladamos a los factores de fondo, la dinámica es distinta.

Los factores de fondo se refieren a las reacciones emocionales, consecuencias en la salud y disminución de actividades de ocio (Fernández *et al.*, 2000:20), que son vivencias personales, no transferibles y constituyen un reflejo del *coste invisible de una enfermedad* (Durán, 2002). Dicho coste, se enmarca en un trabajo voluntario no remunerado que actúa en medio de los factores de forma, es decir el tiempo y los roles asignados y, los factores de fondo, las consecuencias emocionales y psicológicas que atañen a las cuidadoras involucradas. Que un cuidador este bien o mal depende

de varios factores. Destaca la ayuda y apoyo que brinde la familia, instituciones, la capacidad de reacción ante hechos difíciles y de aprender sobre lo que está ocurriendo. La cuidadora principal ve limitada sus relaciones sociales con el exterior, se limitaban a actores sociales que ella requería para ejecutar sus funciones, al mismo tiempo las relaciones con la familia permanecían en tensión constante. Nos encontramos ante algunos rasgos de un caso de vulnerabilidad en términos de exclusión social (Tezanos, 2009).

Las redes que rodeaban el contexto de la cuidadora principal eran diferentes a las de las secundarias, esto si se toma en cuenta que la principal tenía dos particularidades: 1) Era la menor de la familia (en el momento tenía 35 años), sus vivencias, en términos generacionales eran disímiles a las de las cuidadoras secundarias, estaba en medio del crecimiento de su familia, el resto de cuidadoras ya había pasado la etapa. 2) Tenía la posibilidad de crear relaciones a través de sus hijas pero sus posibilidades se veían limitadas a causa del peso de la carga de cuidado que debió asumir.

Bajo dicho contexto, se percibe hacia la cuidadora principal la noción de que en un trabajo como cuidadora, no hay un punto que marque el espacio de ocio y socialización, más bien se asume que debe hacerse el trabajo y el resto de cosas se efectúan luego o no se efectúan (Durán, 2010).

IV. CONSIDERACIONES FINALES

Independientemente de la enfermedad prolongada a la que se deba hacer frente

en términos de carga de cuidado los miembros de una familia no están preparados ni capacitados física o psicológicamente para afrontar sus responsabilidades, funciones y momentos de presión.

En la actualidad la imagen de “estrella de mar”, ha desaparecido poco a poco, manifestándose nuevamente la unidad y la solidaridad del “círculo familiar”, donde ciertamente hay diferencias pero no razones o episodios que les separe, en el sentido de la cotidianidad de las relaciones familiares, por lo tanto se podría decir que lo sucedido fue más bien un proceso que se debió enfrentar en la familia y que les enriquece, a pesar de todas las dificultades vividas.

Es importante que una situación de enfermedad, la familia busque apoyo profesional, se instruya y enriquezca sus conocimientos para llevar mejor el proceso, no solo del paciente sino que suyo en general, puesto que es necesario recordar que cada persona vive la experiencia de modo diferente, debido a la gran variedad de factores personales, familiares y sociales que influyen. En cierta medida a mayor conocimiento mejor pueden entenderse los involucrados y menos efectos adversos se podrían desarrollar.

Por otra parte, es importante considerar la diferencia entre la carga que asume un cuidador principal y el resto de cuidadores, sobre todo en términos de la exclusión social involuntaria, que puede sufrir esta persona debido al gran peso que tiene su rol en el contexto y por su propio perfil.

Luego de la defunción del padre, la cuidadora principal se ha insertado a redes sociales diversas que se ven reflejadas en los

vínculos establecidos con personas de la comunidad y sobre todo de las redes sociales derivadas de la conexión que generan sus hijas desde el entorno en el que ellas se desenvuelven y que ahora si puede hacer uso, es decir desde el centro educativo.

El resto de cuidadoras también se han involucrado más a la sociedad, mediante programas que ofrecen instituciones públicas para personas mayores en el marco del envejecimiento activo y, en general dedican más tiempo a sus metas personales.

Ligado al proceso de envejecimiento, surge la interrogante sobre la preocupación que puede manifestarse a nivel individual y familiar sobre ¿Quién cuidará del resto de los familiares?, tomando en cuenta que las características del tipo de familia tradicional de hace algunos años se ha modificado, principalmente en términos de la extensión numérica de los miembros de la familia y del rol que la mujer juega hoy en la sociedad al insertarse al mercado laboral.

Asumir un rol en la carga de cuidado puede ser impuesto y al mismo tiempo asumido con voluntad, en este sentido la cuidadora principal presentó factores que mostraron la negativa de asumir el rol pero particularmente persistieron aquellos factores emocionales que le entregan la aceptación voluntaria de continuar con la tarea. Estas situaciones suceden porque son reacciones normales de toda persona ante momentos difíciles de la vida y por ello la importancia de comprender cuales deben ser los cuidados hacia el cuidador.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, R. (2005): *Reunión de expertos. Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*. Montevideo. Universidad de la República.

Durán, M. A. (2002): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao, Fundación BBVA.

Durán, M. A. (2010): "Una visión general del trabajo no remunerado". En M. A. Durán, *El trabajo no remunerado en la economía global*, Madrid, Fundación BBVA, pp. 2-91.

Fernández et al. (2000): *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Volumen 1. Cuidarse y cuidar mejor*. Madrid, Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

Tezanos, J. F. (2009): *La sociedad dividida*. Madrid, Biblioteca Nueva.

D. LA IMPLICACIÓN MASCULINA EN LOS CUIDADOS EN LAS SOCIEDADES CAMBIANTES DE AMÉRICA LATINA: UNA REFLEXIÓN SOBRE EL CASO MEXICANO

Marta Seiz*

Las últimas décadas han sido testigo de un creciente interés por la participación masculina en el trabajo no remunerado y en actividades de carácter reproductivo como los cuidados. La incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral en gran número de sociedades, acompañada de importantes transformaciones familiares, culturales y actitudinales, ha generado nuevas necesidades y posibilidades al respecto. Las investigaciones realizadas en torno a esta cuestión, en gran medida centradas en la dedicación parental, han permitido detectar una brecha de género importante incluso en parejas de doble ingreso en las que la mujer trabaja a tiempo completo. Con todo, los trabajos más recientes basados en datos de Europa y Estados Unidos evidencian una tendencia hacia una mayor implicación absoluta y relativa de los hombres en estas tareas (véanse p. ej. Yeung *et al.*, 2001; Tobío *et al.*, 2010).

La participación masculina en tareas de cuidado se plantea como un factor clave para la igualdad y el desarrollo social. No sólo supondría un avance evidente en términos de equidad e igualdad de género, sino que debe enmarcarse en el contexto más amplio de la creciente discrepancia entre la demanda de cuidados y la oferta de cuidadores. A pesar de ello, se sabe todavía relativamente poco sobre la magnitud y los determinantes de la dedicación de los hombres al cuidado en sociedades distintas de las europeas y la estadounidense. Volver la mirada hacia América Latina resulta particularmente interesante a la luz de las profundas transfor-

maciones económicas y sociales que ha experimentado en las últimas décadas.

Sin obviar la heterogeneidad de la región, cabe afirmar que la institución familiar en la misma ha estado sujeta a importantes procesos de cambio, en gran parte asociados a la creciente autonomía económica femenina (CEPAL, 2009). En este contexto, hay que plantearse en qué medida se está transformando el papel tradicionalmente masculino y, en su caso, en qué sectores de la población. En otras sociedades avanzadas, existe una creciente presión para que los hombres abandonen el rol exclusivo de proveedor económico y asuman mayores responsabilidades respecto al trabajo no remunerado. No es impensable que el mismo fenómeno empiece a hacerse patente en ciertos grupos sociales en América Latina, como puedan ser las parejas de doble ingreso.

Estudios basados en encuestas de uso del tiempo latinoamericanas han detectado unos niveles generales de participación masculina en tareas no remuneradas comparativamente bajos (Durán y Milosavljevic, 2010). No obstante, hay que plantearse si en determinados sectores se están poniendo de manifiesto tendencias innovadoras y qué variables determinan un menor o mayor grado de implicación en el trabajo del cuidado. La investigación que resume esta comunicación se centra en el caso de México debido a la disponibilidad de datos que prestan la debida atención a variables situacionales, al notable incremento de la participación laboral femenina registrado en este país y a su posición

* Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

de proximidad a los Estados Unidos, que podría propiciar la difusión de nuevos modelos y valores. De hecho, ya se han observado en esta sociedad tendencias a una mayor implicación de algunos hombres en el cuidado directo de sus hijos (García y De Oliveira, 2005), si bien dicho hallazgo está restringido a áreas urbanas y a este tipo concreto de cuidados. Asimismo, no contempla el grado de dedicación a los mismos en términos cuantitativos.

A partir de los datos más recientes (2005) de la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares de México se ha realizado un análisis descriptivo de la dedicación masculina a los cuidados en el seno de parejas casadas o cohabitantes en las que existe la necesidad de que alguien realice estas tareas. Asimismo, se han puesto a prueba tres hipótesis basadas en los marcos teóricos más frecuentemente utilizados para estudiar la división del trabajo no remunerado. En primer lugar, partiendo de las teorías económicas de la especialización y el intercambio y la capacidad de negociación y los recursos relativos, respectivamente (para una revisión detallada de las mismas, véase por ejemplo Blau *et al.* 1998), se ha analizado la posible influencia en el número de horas que los hombres dedican al cuidado de variables socioeconómicas como el nivel educativo, la posición laboral y los ingresos de éstos y sus parejas. En segundo lugar, se ha examinado el peso de la disponibilidad de tiempo por parte de ambos. Finalmente, se ha prestado atención al efecto de la tenencia de valores igualitarios o no tradicionales.

Los resultados revelan una brecha de género considerable: los hombres en el tipo

de hogares contemplados no realizan siquiera una quinta parte de los cuidados totales que se brindan en los mismos. De hecho, la mayoría no dedica ningún tiempo al día a estas tareas, y la proporción que dedica más de seis horas diarias no llega al tres por ciento. Con todo, en parejas de doble ingreso la proporción de hombres sin implicación alguna es algo menor, la que dedica entre una y cinco horas diarias sobrepasa el cuarenta por ciento y la distancia entre hombres y mujeres se acorta al disminuir también ellas su dedicación horaria. Se observa asimismo una mayor participación en el cuidado de los hombres más jóvenes y con mayor nivel educativo, lo que sugiere un posible debilitamiento de los modelos tradicionales en estos grupos.

Los modelos de regresión del número de horas dedicadas al cuidado revelan que los recursos relativos como medida de la capacidad de negociación de la pareja parecen influir sobre la implicación masculina en estas tareas. En aquellos hogares en los que más de la mitad de los ingresos provienen del salario de la mujer, los hombres son más proclives a dedicar un mayor número de horas al cuidado. Por lo demás, los ingresos y el estatus ocupacional de los encuestados y sus parejas, en términos absolutos, no parecen tener una relevancia significativa. La hipótesis de la disponibilidad de tiempo, en cambio, obtiene un respaldo importante: la intensidad de la dedicación laboral de los hombres está negativamente relacionada con su grado de participación en tareas de cuidado. Este último aumenta, por el contrario, cuando las parejas tienen una dedicación horaria intensa al trabajo remunerado. En tercer lugar, se confirma que un mayor nivel edu-

cativo se asocia significativamente con una mayor participación masculina en tareas de cuidado en tanto que la edad tiene el efecto opuesto.

En resumen, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que los hombres mexicanos dedican por lo general poco tiempo a cuidar de niños, enfermos o dependientes y lo hacen además en mucha menor medida que las mujeres. Una proporción importante no se implica en los cuidados en absoluto, y buena parte de los que sí lo hacen emplea comparativamente pocas horas en esta labor. Dicho esto, hay que destacar que el modelo tradicional que atribuía la responsabilidad de los cuidados únicamente a las mujeres empieza a evidenciar signos de erosión, ya que un porcentaje significativo de varones sí participa de forma visible en estas tareas e incluso una minoría lo hace en un grado notable en términos de dedicación horaria. El hecho de que una menor edad, un mayor nivel educativo y unos mayores ingresos por parte de las parejas se asocien a un aumento cuantitativo de dicha implicación, asimismo, indica que podríamos estar ante una transformación incipiente de valores, actitudes y roles familiares similar a la observada en otras sociedades. Un reto para investigaciones futuras será examinar la evolución de estas tendencias y examinar en qué medida se hacen extensivas a otros países de la región.

BIBLIOGRAFÍA

BLAU, Francine D.; FERBER, Marianne A. y WINKLER, Anne E. (1998): *The Economics of Women, Men and Work*. Prentice Hall, Upper Saddle River.

CEPAL (2009): "Género, trabajo remunerado y no remunerado: eslabones en la discriminación y la desigualdad", *Panorama Social de América Latina 2009*, Naciones Unidas.

DURÁN, María Ángeles y MILOSAVLJEVIC, Vivian (2010): "El trabajo no remunerado y las encuestas de uso del tiempo en América Latina", en DURÁN, María Ángeles (dir.), *El trabajo no remunerado en la economía global*. Fundación BBVA, Madrid (en prensa).

GARCÍA, Brígida y DE OLIVEIRA, Orlandina (2005): "Fatherhood in Urban Mexico", *Journal of Comparative Family Studies*, Vol. 36, pp. 305-327.

YEUNG, J. W.; SANDBERG, J. F.; DAVIS-KEAN, P. E. y HOFFERTH, S. L. (2001): "Children's Time with Fathers in Intact Families", *Journal of Marriage and Family*, Vol. 63, n° 1, pp. 136-154.

TOBÍO, Constanza; AGULLÓ TOMÁS, M^a Silveira; GÓMEZ, M^a Victoria y MARTÍN PALOMO, M^a Teresa. (2010): "Caring for others: a Challenger for the 21st Century" *Social Studies Collection* n° 28. Obra Social Fundación La Caixa.

E. ¿UN DERECHO O UN DEBER? LOS HOMBRES ESPAÑOLES ANTE LOS PERMISOS PARA EL CUIDADO DE SUS HIJOS

Pedro Romero Balsas*

Dafne Muntanyola Saura*

Jesús Rogero García*

I. CONTEXTO

Las políticas de conciliación entre la vida laboral y familiar han experimentado importantes avances en los últimos años en Europa, específicamente las relativas a los permisos de paternidad, maternidad y parentales (OCDE, 2011). En el caso español se han producido cambios legislativos de diferente relevancia desde el Estatuto de los Trabajadores en 1980 (L8/1980) hasta la denominada Ley de Igualdad de 2007 (L3/2007), en la que se introdujo por primera vez un permiso de quince días exclusivo para los padres varones. Las características de los permisos varían en algunas comunidades autónomas (Lapuerta, 2009), lo que diversifica la realidad social del uso de estos permisos.

Se ha estimado que el uso del permiso de paternidad en 2010 fue utilizado por un 58% de los padres trabajadores (Marí-Klose et al., 2010). En cuanto al uso de las reducciones de jornada, en el año 2008 se estimaba que había sido utilizada por el 12,7% de las madres trabajadoras y por el 5,9% de los padres trabajadores (Instituto de la Mujer, 2009: 140). Por su parte, el porcentaje de madres que habrían tomado excedencia por cuidado de hijos se calcula entre el 2,08% y el 2,79% de madres y entre el 0,04% y el 0,1% de padres en el año 2006 (Lapuerta et al., 2011).

II. OBJETIVOS Y MÉTODO

Este artículo intenta comprender las motivaciones que conducen a la utilización de

los diferentes tipos de permisos para el cuidado de niños. Se compara el discurso de padres (1) que han usado el permiso de paternidad (15 días), (2) que han usado el permiso parental (reducción de jornada o excedencia >15 días), y (3) que no han usado ningún tipo de permisos (<15 días). El estudio analiza 30 entrevistas en profundidad a padres españoles a través del análisis crítico de discurso (Van Dijk, 2010).

III. RESULTADOS

En las entrevistas en profundidad se identifican cuatro ejes que articulan el discurso de los padres: los valores de la responsabilidad que conlleva el permiso (derecho o deber); la individualización o negociación en la pareja de la posibilidad de pedir el permiso; la orientación laboral o familiar del discurso; y la aceptación o rechazo de otros recursos externos de cuidado, tanto familiares como formales. Se destacan los siguientes resultados:

- En primer lugar, el permiso de paternidad es considerado generalmente como un derecho, y sólo los padres que toman un mayor número de días de permiso (paternidad y parentales) consideran su utilización también como un deber hacia su familia. En este sentido, e independientemente de que se disfruten o no, los discursos reflejan un elevado grado de legitimación del uso de los permisos de paternidad.
- En segundo lugar, se detecta una cierta individualización en la toma de de-

* Departamento de Sociología, Universidad Autónoma de Madrid.

cisión para solicitar (o no) cualquier tipo permiso: aunque se comenta con la pareja, generalmente la decisión ya está tomada, y los riesgos han sido valorados por el padre con anterioridad. La decisión acerca de su uso se valora principalmente como una elección individual.

- En tercer lugar, se entre quienes utilizan únicamente el permiso de paternidad, se identifican dos aproximaciones hacia el cuidado: por un lado, hay padres que expresan conformidad con la duración efectiva de los permisos, generalmente justificada con la prominencia del rol de la madre frente al rol del padre. Por otro lado, otro grupo de padres demuestra una actitud de demanda, con un discurso de tensión entre los ideales de cuidado (más tiempo de permiso y más vinculación del padre en el cuida-

do) y los obstáculos para poder llevarlos a cabo, tales como la situación económica, los motivos laborales o las políticas de conciliación insuficientes.

- En cuarto lugar, a diferencia del resto de padres, quienes disfrutan de más días de permiso muestran un discurso de apego laboral más bajo y un rechazo explícito hacia el uso de guarderías, empleadas domésticas y abuelos/as como recursos para el cuidado.

Estas dimensiones discursivas ilustran cómo los padres construyen y justifican su decisión de utilizar (o no) tanto el permiso de paternidad como los permisos parentales. La comprensión de estas motivaciones puede ser útil para el diseño de políticas públicas que contribuyan a un mayor reparto de las responsabilidades de cuidado dentro de la pareja.

RELACIÓN DE AUTORES

Rosario Aguirre. Socióloga uruguaya, realizó un Magíster en Ciencias Sociales con mención en Estudios del Desarrollo en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Profesora titular e investigadora del Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Uruguay). Exdirectora del Departamento de Sociología, fue fundadora del Área de Relaciones de Género en dicho Departamento. Dicta cursos de posgrado en su país y en el exterior en materias vinculadas a su especialización. Investigadora del Fondo Nacional de Investigadores. Consultora internacional. Representante de la Universidad de la República en el Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género (Uruguay). Ha publicado varios libros y numerosos artículos en revistas especializadas sobre la condición social de las mujeres y las relaciones de género, desigualdades en el trabajo remunerado y no remunerado, transformaciones familiares e indicadores de género.

María Inés Araya. Es licenciada en Sociología por la Universidad de La Frontera (Chile). Realizó un diplomado en Gerencia Pública en la Universidad de Chile. Becaria Fundación Carolina 2010-2011 en el Máster de Problemas Sociales: Dirección y Gestión de Programas Sociales en la Universidad de Granada.

Chiara Cerri. Es licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universidad “La Sapienza” de Roma y actualmente está realizando el doctorado en Antropología Social en la Universidad Complutense de Madrid. Desde septiembre de 2009 trabaja como becaria FPI en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC, en el proyecto “Los usos del tiempo en España e Iberoamérica. Los tiempos del cuidado” dirigido por la profesora María Ángeles Durán. En 2011 ha conseguido el DEA con una investigación sobre vejez y cuidado en Sierra de Gata (Extremadura, España).

Montserrat Díaz Fernández. Es doctora en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Oviedo, siendo Premio Extraordinario de Doctorado en la convocatoria 1988-1989. Actualmente es catedrática de la Universidad de Oviedo en el Departamento de Economía Cuantitativa. Autora de diversos trabajos, artículos y libros sobre temas relacionados con la Economía de la Población, Vivienda y Econometría. Directora de Másteres, cursos de Postgrado y cursos de verano de la Universidad de Oviedo y evaluadora de diversas revistas de ámbito nacional.

María Ángeles Durán. Es doctora en Ciencias Políticas y Económicas por la Universidad de Madrid. Ha sido profesora de Sociología, en las universidades Autónoma y Complutense de Madrid, C.E.U., Zaragoza. Es catedrática de Sociología y profesora de investigación en la especialidad de Ciencias Sociales en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Realizó estudios postdoctorales en socialización diferencial de género y desigualdades sociales en el Institute for Social Research (ISR) de la Universidad de Michigan. Ha colaborado entre otras entidades con la Comisión Europea, UNRISD, OMC, UNESCO, la Academia Británica, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el Instituto de la Mujer, el Ministerio de Sanidad, la Comunidad de Madrid, el Centro de Estudios Constitucionales, la Fundación Ford y la Fundación BBVA. Fue fundadora y directora del Instituto de la Mujer de la Universidad Autónoma de Madrid. Entre 1998 y 2001 ha desempeñado el cargo

de presidenta de la Federación Española de Sociología. Actualmente es miembro del Comité Ejecutivo de la International Sociological Association (ISA). En 2002 ha recibido el Premio Nacional de Investigación "Pascual Madoz" en Ciencias Económicas y Jurídicas.

M. Isabel García Rodríguez. Es socióloga. Desde 1997 dirige proyectos de sociología aplicada en el Instituto de Estudios Sociales Avanzados del CSIC (IESA-CSIC) entre los que se pueden destacar los siguientes: Pobreza y exclusión social en algunas regiones de España (Andalucía, Cantabria y Aragón) y la Evaluación del Sistema de Ayudas Individuales para Personas con Discapacidad. También ha coordinado la Evaluación del II Plan Andaluz para la Igualdad entre Hombres y Mujeres y ha sido miembro del equipo científico de redacción del Libro Blanco del Envejecimiento Activo en Andalucía. Actualmente dirige el proyecto: La desfamilización para un nuevo modelo productivo: análisis de las políticas familiares de la Junta de Andalucía. Cuenta con numerosas publicaciones en el ámbito de las políticas sociales y, desde 1998, compagina sus tareas de investigación con actividades docentes en el ámbito de su especialización en la Universidad de Córdoba, en el Instituto Andaluz de Administraciones Públicas y en la Universidad Internacional de Andalucía.

Lilia Jara. Realizó estudios de pregrado en Economía, Maestría en Economía y Medio Ambiente, posgrados en género y en epidemiología. En el ámbito académico, fue profesora de la Facultad de Economía de la Universidad de Cuenca, e investigadora asociada de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO, Sede Ecuador. Formó parte del equipo técnico del Consejo Nacional de las Mujeres de Ecuador en donde inicia su experiencia laboral en el tema de igualdad de género; luego fue consultora del entonces UNIFEM Región Andina –hoy ONU Mujeres–. Desde 2002 es asesora en Género y Salud de la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), a cargo principalmente del ámbito de trabajo relacionado con la generación de evidencia y el fortalecimiento de las capacidades en el análisis de género de la información de salud.

María del Mar Llorente Marrón. Es doctora y profesora titular de Universidad en el Departamento de Economía Cuantitativa de la Universidad de Oviedo desde abril de 1999. Es autora de varios trabajos y artículos referentes a estudios sociodemográficos y análisis económico de la vivienda, además de coautora de diversos manuales de Econometría. Ha dirigido también diversos proyectos de investigación dentro del campo de la Economía de la Población.

Sonia Montaña. Es socióloga por la Universidad de París VIII, y ha desarrollado una larga experiencia en el terreno académico, no gubernamental, internacional y de gobierno. Fundó y dirigió el Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM). Ha sido consultora de varios organismos internacionales y fue Subsecretaria de Asuntos de Género del Ministerio de Desarrollo Humano de Bolivia entre los años 1993 y 1995. Ha trabajado diversos temas relacionados con políticas públicas, ciudadanía y participación política de las mujeres tanto en el ámbito académico como de *advocacy* y gestión. Actualmente, es la Jefa de la Unidad Mujer y Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, Naciones Unidas).

Eduardo Moyano Estrada. Es profesor de Investigación (catedrático) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en el área de Ciencias Sociales. Actualmente es director del Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC). Sus trabajos de investigación versan sobre acción colectiva y articulación de intereses en el sector agroalimentario, y gobernanza y desarrollo en las áreas rurales. Ha dirigido tesis doctorales en España, Francia, Turquía, Marruecos y Latinoamérica (Brasil, México y Argentina) y ha publicado un centenar de trabajos de naturaleza científico-académica y de divulgación. En 1997 recibió el Premio Arco Iris por su trabajo sobre las federaciones de cooperativas en la Unión Europea, y en el año 2001 el gobierno de la República francesa le condecoró con la Orden del Mérito Agrícola por el conjunto de sus trabajos sobre las organizaciones profesionales agrarias. Es miembro correspondiente de la Academia Francesa de Agricultura. Entre 2005-2009 fue director de la Revista Internacional de Sociología.

Dafne Muntanyola Saura. Es doctora en Sociología por la Universitat Autònoma de Barcelona en 2008, Fulbright Scholar en la University of California, San Diego (2009-2010), Postdoc Caja Madrid in Niza (2009) y Alianza 4 Universidades en Madrid (2010-2011). En su actividad investigadora integra la sociología del arte y del trabajo con las aproximaciones al conocimiento y la creatividad desde otras ciencias sociales, como la ciencia cognitiva, para explicar las variables de género y de dominación simbólica en las interacciones profesionales (Muntanyola, 2009, 2010). Actualmente se encuentra en el departamento de sociología de la UAB, investigando entornos de trabajo creativos, con un interés especial por el desarrollo de nuevas metodologías cualitativas, como la etnografía audiovisual y las redes microsociales.

Mercedes Pedrero. Es investigadora titular del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México. Estudió la licenciatura en Actuaría (Facultad de Ciencias, UNAM). Después realizó la maestría en Demografía (Universidad de Pennsylvania, EUUU). Hizo su doctorado en Demografía (Universidad de Pennsylvania). Actualmente tiene más de 60 artículos, 6 libros y 4 capítulos de libros. Ha participado en el Macroproyecto con el tema Estrategias de restauración ecológica para la recuperación de la Cuenca del alto-medio Tembebe. Se especializa en Investigación en ciencias sociales, fuerza de trabajo y empleo.

Ramón Ramos Torre. Es presidente del Centro de Investigaciones Sociológicas. Catedrático de Sociología en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la UCM. Múltiples artículos publicados en revistas de ciencias sociales (REIS, RIS, Política y Sociedad, Acta Sociológica, Sociológica, Time & Society) y de debate intelectual (Revista de Occidente, Revista de Libros, Crítica de la Razón Práctica, Kronoscope). Es autor, coautor o editor de *Cronos Dividido. La desigualdad en el uso del tiempo entre hombres y mujeres en España*. Madrid, 1990; *Tiempo y Sociedad* (compilador). Madrid 1992; *Globalización, riesgo y reflexividad* (editor junto con F García Selgas). Madrid, 1999; *La sociología de Émile Durkheim. Ciencia social, Tiempo, Religión*. Madrid, 1999; *Nuevos tiempos de trabajo*. (junto con C. Prieto y J. Callejo). Madrid, 2008. Sus campos de especialización son: Teoría sociológica clásica y contemporánea, Sociología Histórica, Sociología del Tiempo, Sociología del Riesgo.

Maribel Rodríguez. Es responsable del Programa de Cohesión Social del CeALCI de la Fundación Carolina. Es licenciada y máster en ciencias sociales por la Universidad de Lausana y el Instituto Universitario de Estudios del Desarrollo (IUED) de Ginebra. Ha trabajado varios años para el PNUD en Cuba y en la sede central de Nueva York, como especialista en género y medio ambiente. Fue consultora en Guatemala para diversos organismos, tales como la OIT para la eliminación del trabajo infantil, la UICN en temas de desarrollo local y de conservación de parques nacionales y el Centro Canadiense de Estudios para la Cooperación Internacional para el desarrollo de comunidades rurales indígenas desplazadas y afectadas por el conflicto armado.

Jesús Rogero García. Es profesor en el departamento de Sociología de la Universidad Autónoma de Madrid. Sus principales temas de interés son el cuidado de adultos dependientes, los usos del tiempo y el cuidado de niños. Ha publicado resultados de investigación en varios libros y revistas nacionales e internacionales. En 2009 recibió el Premio IMSERSO "Infanta Cristina" en investigación social.

Pedro Romero Balsas. Está realizando el doctorando en el departamento de Sociología de la Universidad Autónoma de Madrid. Licenciado en Sociología por la Universidad de Alicante y máster en Antropología Social por la Universidad de Murcia. Participa en el proyecto de investigación "El uso social de los permisos parentales" como becario FPI (Formación Personal Investigador), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Marta Seiz. Es licenciada en Ciencias Políticas por la Universidad de Göteborg y Maestra de Artes en Ciencias Sociales por el Instituto Juan March. Actualmente está adscrita al Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC, donde se encuentra realizando su tesis doctoral sobre la relación entre la participación masculina en el trabajo no remunerado y las trayectorias laborales de las mujeres.

Mariela Zúñiga Gamboa. Estudió Relaciones Internacionales en la Universidad Nacional de Costa Rica (2006), y en 2010 cursó un diplomado en Responsabilidad Social del Tecnológico de Monterrey y el Máster en Dirección y Gestión de Problemas Sociales de la Universidad de Granada, España, durante el año lectivo 2010-2011. En su trayectoria laboral destaca su práctica profesional en el Ministerio de Educación Pública de Costa Rica durante el año 2006; posteriormente, 2007-2010, se desempeñó como Administradora en Responsabilidad Social, en Cemex Costa Rica.

El Centro de Estudios para América Latina y la Cooperación Internacional (CeALCI) se crea, en noviembre de 2004, con la voluntad de promover la investigación y el debate en torno a la realidad de los países en desarrollo en general, y de América Latina en particular, y para potenciar los estudios y propuestas sobre la mejor manera de enfrentar los problemas que aquejan estos países.

Bajo la denominación «Documentos de Trabajo» se publican resultados de los proyectos de investigación realizados y promovidos por el CeALCI. Además pueden ser incluidos en esta serie aquellos estudios que, previa aceptación por el Consejo Editorial, reúnan unos requisitos de calidad establecidos y coincidan con los objetivos de la Fundación Carolina y su Centro de Estudios.