

**SEMINARIO INTERNACIONAL: “EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y  
PROPUESTAS PARA CONSOLIDAR LA RED NACIONAL DEL CUIDADO  
DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN COSTA RICA”  
San José, 22 y 23 de noviembre de 2010**

**“El cuidado: prisma indispensable para las políticas públicas”  
María-Angeles Durán<sup>1</sup>  
Centro de Ciencias Humanas y Sociales  
Consejo Superior de Investigaciones Científicas, España**

**1.- La predicción de las necesidades de cuidado.**

Las necesidades de cuidado varían en cada estructura social, siendo factores determinantes la composición demográfica de la población, su nivel de recursos y la distribución de los servicios entre hogares, mercado, Estado y sector no lucrativo.

La composición demográfica es el factor mejor conocido y el menos modificable a corto y medio plazo. Por características demográficas hay tres grandes sectores que consumen importantes proporciones del cuidado disponible:

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

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

- d) los exentos o liberados de su propio cuidado

---

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

## **2.- La construcción de escalas de demanda.**

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

La información más general y fácilmente accesible es la demográfica, habitualmente facilitada en cada país por los institutos nacionales de estadística y posteriormente analizada por otras entidades internacionales para realizar estudios prospectivos y proyecciones para el futuro. A nivel mundial, Naciones Unidas ha facilitado recientemente proyecciones históricas y a futuro de la población mundial (1950-2050), desagregada por países y regiones, en la *World Population Prospects. The 2008 Revision*.

Las previsiones de este análisis incluyen tasas de dependencia simple, que son las de menores de 15 años y las de mayores de 65 respecto a la población total. Son tasas de dependencia útiles pero demasiado inespecíficas, ya que por ejemplo la demanda de cuidado de los niños de 0 a 4 años es mucho mayor que la de los 10 a 15 años. Por la misma razón, la demanda de cuidados de los mayores de 80 años es mucho mayor que la de 65 a 75.

Desde hace más de dos décadas, en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas se viene investigando sobre el uso del tiempo y las demandas de cuidado según grupos de edad. Para ello se han construido escalas alternativas a la Escala de Oxford, posteriormente llamada escala de la OCDE,

que suelen utilizarse para ponderar la disponibilidad de recursos monetarios en los hogares en las investigaciones sobre pobreza. La escala OCDE atribuye a los hogares una fuerte economía de escala cuando aumenta el número de miembros del hogar, pero no toma en consideración el fuerte incremento del consumo de tiempo de cuidado cuando los miembros del hogar son niños, ancianos o enfermos. Es una escala orientada al consumo monetario pero no tanto al bienestar real de los hogares.

Las escalas construidas desde del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España han evolucionado desde el modelo inicial de 1998 (Escala de Madrid-1), alternativo a la escala OCDE y ajustado en los grupos de edad a las estadísticas de la Labor Force Survey (LFS, en español Encuesta de Población Activa o EPA)) hacia otro modelo ajustado a los grupos de población tal como se presentan en las estadísticas demográficas del *World Population Prospects*. Su versión más simple, referente al cuidado en general (hay otras escalas más específicas referidas solamente al cuidado por enfermedad, etc.) se denomina escala de Madrid-2, y se ha utilizado extensamente para todas las grandes regiones del mundo para el período 2010-2050, así como para una selección de países.

Como continuación de la escala de Madrid-2 se han creado numerosas escalas, entre otras la llamada escala de Santiago de Chile, generada en un seminario de la CEPAL en el que colaboraron 21 expertos latinoamericanos participantes en un curso sobre “*La redistribución del tiempo. Un indicador de igualdad*” (Santiago de Chile, 2008)<sup>2</sup>. A los participantes se les solicitó que estimasen, para su propio país, la proporción entre el tiempo de cuidado requerido por la población 15-65 años y el requerido por los restantes grupos de edad. La escala de Santiago es la media de todas las estimaciones obtenidas, y resulta notablemente más alta que la escala de Madrid, como puede verse en la tabla adjunta. En todas las ocasiones en que se han llevado a cabo seminarios similares, la desviación máxima se produce en las edades extremas, los niños muy pequeños y los mayores de edad muy avanzada. En

---

<sup>2</sup> El curso fue dirigido por María-Angeles Durán.

cualquier caso, la desviación es alta en todos los niveles (vid. ratios de los puntos extremos en la escala de Granada) lo que evidencia que la demanda de cuidado es un tema poco conocido, incluso por expertos en planificación y ciencias sociales, por lo que son necesarios tanto estudios empíricos como teóricos para la formación de consensos.

#### Proporcionalidad entre Escala de Madrid-I y Escala de Santiago

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

Fuente: Elaboración de M.A. Durán.

#### Variaciones en la percepción de la demanda de cuidados.

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

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

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

Los escenarios óptimos de distribución deberían tener en cuenta información tan relevante como nivel de salud de la población, disponibilidad de servicios públicos de guardería, escuelas, transportes, centros de día para mayores dependientes, residencias geriátricas, proporción de población que puede adquirir servicios de cuidado, etc. Sin embargo, en muchos casos esta información es incompleta o inaccesible, y la toma de decisiones a nivel político ha de realizarse con un soporte de información insuficiente. Como los datos

demográficos son los mejor conocidos, el indicador más frecuentemente utilizado para prever la oferta de cuidados es el de la “*población potencialmente activa*”, identificando también a la población de 15 a 64 años con la población potencialmente prestadora de cuidados. No obstante, esta población no está disponible para ofrecer cuidados extensivos ni intensivos cuando se halla dedicada a tiempo completo al mercado laboral o al estudio, y tampoco cuando se encuentra enferma. Asimismo, pueden no coincidir los cuidadores potenciales con aquellos sobre quienes recae la demanda familiar de cuidados (por ejemplo, padres sin hijos o hijos sin padres). Con el aumento de la longevidad, el límite de los 65 años como umbral del retiro y/o deterioro físico se está retrasando en muchos países y grupos sociales.

Tradicionalmente, el cuidado de los dependientes ha sido una tarea asumida principalmente por las mujeres de la familia de los dependientes, y asimismo han sido tradicionalmente mujeres las cuidadoras de los exentos o liberados del cuidado ajeno e incluso del propio. La incorporación de las mujeres a la educación y al empleo como hecho, como derecho, como expectativa y como aspiración, ha cambiado el escenario de cuidadores potencialmente disponibles, reduciéndolo considerablemente. A continuación se expresan algunos escenarios de distribución en los que se mantiene fijo el dividendo y se varía el divisor. El cociente es la “*carga de cuidado*” que recae sobre la población cuidadora. Es inevitable la referencia a la “*carga global de trabajo*” como suma del trabajo remunerado y no remunerado (diario, semanal, anual, del ciclo vital) asumido por una persona o grupo social. La *sobrecarga de trabajo* se aplica tanto al *remunerado* como *no al remunerado* y a la suma de ambos; la sobrecarga deviene cuando la acumulación de trabajo es excesiva, pero no sólo por la cantidad de tiempo sino también por la intensidad de la dedicación. En general, los trabajadores remunerados, especialmente los asalariados, disponen de marcos legales que fijan los límites tolerables de carga de trabajo, pero esto no sucede con los trabajadores por cuenta propia e informales ni con los cuidadores no remunerados.

A continuación se presentan algunos posibles escenarios de distribución de cuidado; no implican carácter normativo, son simples escenarios de posibilidad

sobre los que cada sociedad aplica condiciones normativas según su capacidad y modelos de distribución de obligaciones y derechos.

### Escenarios de distribución de la carga del cuidado

<b>ESCENARIO I</b>	
Escenario I-A	demanda total de cuidado (horas anuales)
	mujeres 15-64 años
Escenario I-B	demanda total de cuidado (horas anuales)
	mujeres 18-64 años
Escenario I-C	demanda total de cuidado (horas anuales)
	mujeres 18-70 años
<b>ESCENARIO II</b>	
Escenario II-A	demanda total de cuidado (horas anuales)
	población 15-64 años
Escenario II-B	demanda total de cuidado (horas anuales)
	población 18-64 años
Escenario II-C	demanda total de cuidado (horas anuales)
	población 18-70 años
<b>ESCENARIO III</b>	
Escenario III-A	demanda total de cuidado (horas anuales)
	población sin empleo 15-64 años
Escenario III-B	demanda total de cuidado (horas anuales)
	población 18-64 años
Escenario III-C	demanda total de cuidado (horas anuales)
	población 18-70 años

Tradicionalmente, el escenario más común ha sido el de oferta de cuidado por las mujeres de todas las edades, excepto las niñas pequeñas y las enfermas, pero en la actualidad es cada vez más frecuente el traslado del cuidado al exterior del hogar. También se ha convertido en una exigencia social la redistribución del cuidado entre hombres y mujeres.

El escenario nº 1 responde grosso modo al que ha sido tradicional y todavía en buena parte sigue siéndolo en la mayoría de los países. El escenario nº 2 responde a una pretensión igualitaria que se expresa como ideal pero todavía no se ha producido en la realidad en ninguna parte, aunque esa es la tendencia

general. En cuanto al escenario nº 3, describe una realidad con fuerte implantación en gran número de países, debido a la incorporación de las mujeres a actividades extradomésticas se ha reducido el tiempo disponible para el cuidado.

Otra forma de expresar escenarios más complejos es introducir el Estado (servicios públicos), el mercado (servicios privados como divisores de la carga) y el voluntariado (nacional e internacional, así como ayudas oficiales de otros países). Por ejemplo, así sería el escenario siguiente, en el que los familiares se hacen cargo sin remuneración de la mitad de la demanda, en tanto que los servicios privados se hacen cargo de una cuarta parte y el Estado y el Voluntariado nacional e internacional (ayuda de otros gobiernos, ONG's internacionales) se hacen cargo del resto. Si se inician los escenarios fijando límites tolerables de carga, por ejemplo, en I-C y se prevén sobrecargas a plazo medio por el cambio de las condiciones actuales, pueden establecerse nuevos escenarios de redistribución para la sobrecarga añadida.

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

#### La demanda de cuidados según grupos de edad 2010-2050.

	América Latina		Costa Rica		Europa		España	
	Ratio de unidades de cuidado / población 15-64 años		Ratio de unidades de cuidado / población 15-64 años		Ratio de unidades de cuidado / población 15-64 años		Ratio de unidades de cuidado / población 15-64 años	
	2010	2050	2010	2050	2010	2050	2010	2050
Población total	2,2	2,5	2,1	2,4	2,3	2,7	2,1	3
Población de 0-4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Población de 5-14	0,6	0,4	0,5	0,4	0,5	0,3	0,3	0,4
Población de 15-64	1	1	1	1	1	1	1	1
Población de 65-80	0,2	0,6	0,1	0,4	0,5	0,6	0,4	0,8
Población de 80 y +	0,1	0,3	0,1	0,3	0,2	0,5	0,2	0,6

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

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

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

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