

ASUNTOS DE GÉNERO

Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas

Cecilia Rossel



cooperación
alemana

DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

ASUNTOS DE GÉNERO

Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas

Cecilia Rossel



NACIONES UNIDAS



cooperación
alemana

DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

Este documento fue preparado por Cecilia Rossel, Consultora de la División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del proyecto “Protección social, enfoque de derechos y desigualdad en América Latina” (GER/14/002), ejecutado por la CEPAL en conjunto con la Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GIZ) y financiado por el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) de Alemania.

La autora agradece los comentarios de María Nieves Rico, Directora de la División de Asuntos de Género de la CEPAL, y de Claudia Robles, Oficial de Asuntos Sociales, y Margarita Vega, Consultora, de la misma División. Agradece también los aportes a una primera versión de este documento brindados por los participantes en la Reunión “Desafíos demográficos, cuidados y derechos de las mujeres”, organizada por la División de Asuntos de Género de la CEPAL y realizada en Santiago en mayo de 2016.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1564-4170

LC/L.4186

Copyright © Naciones Unidas, junio de 2016. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago

S.16-00556

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. Transformaciones demográficas y sus impactos en el cuidado en el mundo desarrollado	13
A. Impactos sobre la demanda de cuidados	14
B. Impactos sobre la oferta de cuidados	22
C. El balance entre oferta y demanda de cuidados	27
D. En suma.....	30
E. Cambio demográfico y políticas públicas en países desarrollados: lecciones para América Latina	30
1. Políticas que operan sobre la demanda de cuidados	31
2. Políticas que operan sobre la oferta de cuidados.....	31
II. América Latina: elementos para estimar el impacto de las transformaciones demográficas en las demandas de cuidado y de éstas en las políticas	35
A. Impactos sobre la demanda de cuidados	35
B. Impactos sobre la oferta de cuidados	39
C. El balance entre oferta y demanda de cuidados	44
D. Las políticas públicas y los principales cambios que se requiere realizar para acompasar las transformaciones demográficas en la región.....	49
1. Políticas que operan sobre la demanda de cuidados	51
2. Políticas que operan sobre la oferta de cuidados.....	51
3. La importancia del enfoque de género	54
III. Reflexiones finales	57
Bibliografía	59
Anexo Elementos metodológicos para estudiar el vínculo entre las transformaciones demográficas y las políticas de cuidado en el mundo desarrollado	66

Serie Asuntos de Género: números publicados 74**Cuadros**

Cuadro 1	Tendencias en discapacidad severa en la población de 65 años y más. Países seleccionados de la OCDE (Variación anual)	21
Cuadro 2	Panorama de servicios de cuidado a adultos mayores dependientes	32
Cuadro 3	Demanda de cuidados por grupos etarios en América Latina y el Caribe (1950, 2010 y 2050)	48
Cuadro A1	Estimación de las unidades de demanda de cuidados en España (2001), escala de Madrid	72
Cuadro A2	Proporcionalidad entre la escala de Madrid I y la escala de Madrid II.....	73
Cuadro A3	Proporcionalidad entre la escala de Madrid I y la escala de Santiago	73

Gráficos

Gráfico 1	Evolución de las tasas de fertilidad en países de la OCDE y Unión Europea (1960-2011).....	14
Gráfico 2	OCDE (29 países): años de vida ganados a partir de los 65 años desde 1960.....	15
Gráfico 3	Europa (23 países): esperanza de vida saludable a los 65 años para países europeos, 2009.....	16
Gráfico 4	Países seleccionados: porcentaje de población de 65 años o más, 2010-2050	17
Gráfico 5	Evolución de la proporción de población de 80 años y más, 1960-2050	18
Gráfico 6	OCDE (32 países): proyecciones de población en edad de trabajar, 2010, 2030 y 2050.....	22
Gráfico 7	Evolución de la población adulta mayor de 65 a 79 años potencialmente cuidadora.....	23
Gráfico 8	OCDE (países seleccionados): tamaño promedio de los hogares, mediados de la década de 1980 y mediados de la década de 2000.....	24
Gráfico 9	Porcentaje proyectado de aumento de hogares monoparentales en países seleccionados de la OCDE, entre mediados de la década del 2000 y 2025-2030.....	25
Gráfico 10	OCDE: evolución de la participación laboral femenina (15 a 64 años), 1995-2009).....	26
Gráfico 11	OCDE (29 países): evolución de la relación de dependencia demográfica en los países de la OCDE, 2000-2050	27
Gráfico 12	Relación de dependencia de población adulta mayor (<i>old-age dependency ratio</i>), evolución 1980-2050.....	28
Gráfico 13	Relación de dependencia de población en edad avanzada en países OCDE, de la Unión Europea y en el mundo (<i>very old age dependency ratio</i>).....	29
Gráfico 14	OCDE (países seleccionados): porcentaje de enfermeras/os y personal de cuidado de larga duración (<i>full-time</i>) en relación a la fuerza laboral proyectada.....	33
Gráfico 15	América Latina y el Caribe (21 países): ubicación de los países según la situación de su transición demográfica, 2005-2010.....	36
Gráfico 16	América Latina (17 países): porcentaje de población de 60 años y más, por países, según etapas del envejecimiento, 1950-2050	37
Gráfico 17	América Latina (19 países): personas de 60 años y más que viven solas, según sexo, censos de 1990 y 2000.....	38
Gráfico 18	América Latina y el Caribe: población que requiere cuidados diarios o periódicos e incremento de su prevalencia, según tipo dependencia, 2000-2050	39
Gráfico 19	América Latina: potenciales personas cuidadoras según sexo, 2000-2050	40
Gráfico 20	América Latina (países seleccionados): potenciales personas cuidadoras, 2000-2050	40
Gráfico 21	América Latina (18 países): evolución de los hogares según etapas del ciclo de vida familiar, 1990-2010	41

Gráfico 22	América Latina (7 países): tiempo destinado al trabajo remunerado y no remunerado, población ocupada de 15 años y más, último período disponible.....	42
Gráfico 23	América Latina: relación de dependencia de cuidados, 2000-2050	46
Gráfico 24	América Latina (países seleccionados): relación de dependencia de cuidados, 2000-2050.....	47

Recuadros

Recuadro 1	Cadenas globales de cuidado.....	19
Recuadro 2	Estratificación del cambio demográfico en América Latina	43
Recuadro 3	Medidas de relación de dependencia: dependencia de cuidados, escala de Madrid y escala de Santiago	45

Resumen

Los cambios demográficos que viene experimentando América Latina son uno de los factores que contribuyen a la denominada “crisis del cuidado” e imponen desafíos ineludibles a las dinámicas y políticas de cuidado. En las últimas décadas se registran profundos cambios en la estructura de edades en las sociedades latinoamericanas, producto del descenso de la fecundidad y la mortalidad. Como resultado, las relaciones de dependencia se están modificando y la ventana de oportunidad que ofrece el bono demográfico se aproxima a su fin. Sumado a esto, en los próximos 35 años el peso relativo de la población adulta mayor aumentará en forma muy marcada, lo que se traducirá en un incremento significativo de la población dependiente. En definitiva, es esperable que las demandas de cuidado —en especial entre la población adulta mayor— aumenten notoriamente. Este aumento en las demandas incrementará la presión sobre los servicios de salud especializados en la atención de esta población, así como de servicios de cuidado (por ejemplo, cuidados en residencias de larga duración y cuidados parciales). Más importante aún, esto se traducirá en un incremento en la presión de las demandas de cuidado sobre las familias. Pero considerando la actual estructura social marcada por la desigual distribución sexual del trabajo remunerado y no remunerado, es esperable que el grueso de esta presión impacte sobre las mujeres.

Los países latinoamericanos pueden y deben prepararse para afrontar los desafíos que las tendencias demográficas están planteando al cuidado en su actual organización donde hay un desequilibrio ostensible entre el papel que cumplen el Estado, el mercado, la comunidad y las familias, lo que tiene consecuencias sobre el tiempo y la autonomía de las mujeres, así como sobre la reproducción de la pobreza y la desigualdad. Esto implica trabajar desarrollando políticas en el campo de la demanda, como necesidad y como derecho, así como intervenir en la oferta privada y pública de cuidados. En materia de demanda, los países de la región pueden avanzar en modificar parcialmente el rumbo demográfico a través de políticas concretas como aquellas orientadas a mejorar la atención de la salud a lo largo del ciclo de vida y de bienestar en los primeros años de vida, que atenúen las tendencias de aumento de la dependencia en la vejez producidas por el cambio demográfico. Igualmente importantes son las políticas orientadas a reducir la vulnerabilidad en la vejez, en ámbitos que trascienden las políticas de cuidado, como aquellas que buscan expandir el acceso a los sistemas de jubilaciones y pensiones por la vía contributiva o no contributiva a las personas adultas mayores.

Es innegable, sin embargo, que los desafíos de políticas más importantes están más vinculados a la oferta de cuidados que a la demanda. Los países de la región deberán avanzar en la creación y expansión de servicios de cuidados para la población adulta mayor dependiente (que es donde se concentrará el incremento

en la demanda de cuidados en las próximas décadas), así como de servicios de cuidado infantil (principalmente para 0 a 3 años, donde la cobertura es casi inexistente). Esto implica, entre otras cosas, diseñar modelos de servicios de larga duración y atención parcial, generando infraestructura, fortalecer el perfil y la posición social de las personas cuidadoras remuneradas y garantizar la entrega de servicios de calidad.

Más allá de esto, es importante tener en cuenta que si bien la creación y expansión de la oferta de servicios de cuidado da respuesta a la demanda, no necesariamente aborda ni disloca la división sexual del trabajo y el orden de género vigente que establece a las mujeres como proveedoras principales de cuidados, tanto en forma remunerada como no remunerada al interior de los hogares. En definitiva, no necesariamente rompe con la profunda desigualdad con que se distribuye el cuidado entre hombres y mujeres en América Latina.

La reducción de la desigualdad de género en la distribución del cuidado debe ser un elemento central de los esfuerzos gubernamentales para prepararse frente a los escenarios demográficos que se avecinan. Mientras las respuestas frente a las demandas de cuidado que hoy existen sean eminentemente privadas y sigan afectando principalmente a las mujeres como proveedoras de cuidados, es esperable que, además de no poder ejercer su autonomía, se pierda parte de la contribución económica que las mujeres podrían hacer en el mercado de trabajo remunerado, y como consecuencia de ello, al crecimiento económico y la reducción de la pobreza y desigualdad en los países. A su vez, de no mediar políticas que intervengan en la oferta de cuidados desde ambas dimensiones (servicios e igualdad de género), los avances que América Latina ostenta en relación a la autonomía económica de las mujeres pueden verse rápidamente debilitados. Esto es fundamental pues, de lo contrario, no se logrará una verdadera transformación en la tradicional asignación de roles entre hombres y mujeres a estas tareas, lo que repercute en múltiples campos del bienestar de las sociedades, incluyendo la participación laboral femenina.

Este documento profundiza en el análisis de las transformaciones demográficas que están y seguirán imponiendo desafíos para el cuidado a los países de América Latina en las décadas futuras. Este análisis se realiza poniendo especial énfasis en cómo estas tendencias desafían a la organización social del cuidado y en las distintas opciones con que los países cuentan para trabajar sobre la oferta de cuidados haciendo frente, al mismo tiempo, a los incrementos de demanda de cuidados.

El documento recorre conjuntamente dos tradiciones analíticas distintas en la proyección de los desafíos que se avecinan en materia de cuidados: la demográfica y la feminista. Mientras que la primera se plantea escenarios de mediano y largo plazo con un énfasis importante (aunque no exclusivo) en la demanda creciente de cuidados, la segunda plantea los desafíos de una agenda de cambio con escenarios temporales frecuentemente más acotados. Si bien ambos enfoques son complementarios y necesarios para el análisis de los desafíos que la región enfrenta en materia de cuidados, el diálogo entre estas visiones es todavía escaso. Este documento busca contribuir a saldar este déficit, planteando las complementariedades de ambos abordajes pero también las tensiones entre ellos, clarificando los *trade-offs* entre estas dos formas distintas de visualizar los desafíos del cuidado. Este ejercicio no es neutral, sino que, por el contrario, parte de la base de la profunda desigualdad que existe en la distribución del cuidado entre hombres y mujeres en América Latina, así como de las desigualdades (en varios casos crecientes) entre mujeres latinoamericanas de distintos estratos sociales.

En la primera sección del documento se pone el foco en los países con mayor desarrollo económico, buscando acercar la discusión internacional sobre el impacto de las transformaciones demográficas en las demandas de cuidado y lo que éstas últimas imponen a distintos tipos de políticas, ofreciendo pistas sustantivas sobre el trayecto que estos países han recorrido y el que les queda por delante. En una segunda parte, sintetiza el debate sobre transformaciones demográficas y cuidado en América Latina, haciendo un contrapunto con las implicancias que estos cambios tienen para los sistemas de protección social y la igualdad de género. Se resumen los principales datos disponibles en materia de transformaciones demográficas, así como estimaciones y ejercicios disponibles para la región, enfatizando la relevancia de los cuidados de la primera infancia y personas adultas mayores con dependencia, así como en la situación de las personas proveedoras de cuidados. También se discuten los principales desafíos para distintos subtipos de políticas de cuidado en el marco de matrices generales de protección social y de orientaciones concretas en términos de objetivos de igualdad de género de manera simultánea y sinérgica.

Introducción

El trabajo de cuidado consiste en la serie de actividades, bienes y relaciones destinadas al bienestar cotidiano de las personas y que se desenvuelven en diversos planos, incluyendo el material, económico, moral y emocional. Las necesidades que derivan del cuidado son esenciales para la reproducción de la sociedad y la fuerza de trabajo, por lo que su relevancia trasciende al ámbito puramente social y se extiende al demográfico, político y económico, entre otros. Pese a lo anterior, y si bien el cuidado debería ser una parte medular de los sistemas de protección social, en América Latina aún cuenta con escasa visibilidad como asunto de política pública. En cambio, gran parte de sus respuestas siguen siendo gestionadas y asumidas por las familias, y dentro de éstas, por las mujeres a través de trabajo de cuidado no remunerado.

Los cambios demográficos que viene experimentando América Latina imponen desafíos a las dinámicas y las políticas de cuidado, así como a las oportunidades para la reorganización social de los cuidados y su corresponsabilidad entre varones y mujeres, y entre Estado, mercado, sociedad civil y familias. En las últimas décadas se registran profundos cambios en la estructura de edades en las sociedades latinoamericanas, producto del descenso de la fecundidad y la mortalidad. Como resultado, las relaciones de dependencia se están modificando y la ventana de oportunidad que ofrece el bono demográfico se aproxima a su fin. Sumado a esto, en los próximos 35 años el peso relativo de la población adulta mayor aumentará en forma muy marcada, lo que se traducirá en un incremento significativo de la población dependiente en este tramo etario. En definitiva, es esperable que las demandas de cuidado —en especial entre la población adulta mayor— aumenten notoriamente. Este aumento en las demandas impondrá presión sobre los servicios de salud especializados en la atención de esta población, así como de servicios de cuidado. Más importante aún, esto se traducirá en un incremento en la presión de las demandas de cuidado sobre las familias y, dentro de ellas, sobre las mujeres. Debe también considerarse que estos fenómenos tendrán un efecto más marcado entre las propias mujeres, quienes constituyen la mayoría entre las personas adultas mayores. Entre 2015 y 2050, la población de mujeres adultas mayores se habrá triplicado¹.

¹ De acuerdo a estimaciones realizadas a partir de los datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Revisión 2015.

Los países latinoamericanos pueden y deben prepararse para afrontar los desafíos que las tendencias demográficas están planteando al cuidado. Esto implica trabajar desarrollando políticas tanto en el campo de la demanda (es decir, la población que requiere y requerirá de cuidados) como de la oferta de cuidados (es decir, la forma en que los países eligen dar respuesta a las demandas y el peso que ésta tienen el Estado, el mercado, la comunidad y las familias).

Aunque las tendencias de envejecimiento e incremento de la dependencia en la vejez parecen inevitables, los países de la región pueden avanzar en modificar parcialmente el rumbo demográfico y sus implicancias para la demanda de cuidados a través de políticas sectoriales concretas. Los esfuerzos para mejorar la atención de la salud a lo largo del ciclo de vida, así como las prestaciones orientadas a fortalecer los apoyos para la nutrición, la asistencia educativa y la atención sanitaria en las primeras etapas del ciclo vital son piezas claves de una estrategia para atenuar las tendencias de aumento de la dependencia en la vejez producidas por el cambio demográfico. Igualmente importantes son las políticas orientadas a reducir la vulnerabilidad en esta etapa de la vida, como los sistemas de jubilaciones y pensiones o las pensiones no contributivas a adultos mayores vulnerables.

Es innegable, sin embargo, que los desafíos de políticas más importantes están más vinculados a la oferta de cuidados que a la demanda. Las crecientes demandas de cuidado imponen la necesidad de diseñar e implementar políticas para atender la dependencia. Los países de la región deberán avanzar en la creación y expansión de servicios de cuidados para la población adulta mayor dependiente (que es donde se concentrará el incremento en la demanda de cuidados en las próximas décadas), así como de servicios de cuidado infantil (principalmente para 0 a 3 años, donde la cobertura del sistema educativo es casi inexistente). Esto implica, entre otras cosas, diseñar modelos de servicios de larga duración y atención parcial, fortalecer el perfil y la posición social de las personas cuidadoras remuneradas y generar infraestructura, entre otros ámbitos de acción.

Pero si bien la creación y expansión de la oferta de servicios de cuidado da respuesta a la demanda creciente, no necesariamente aborda ni disloca la pauta que establece a las mujeres como proveedoras principales de cuidados, tanto en forma remunerada como no remunerada, al interior de los hogares. En definitiva, no necesariamente rompe con la profunda desigualdad con que se distribuye el cuidado entre hombres y mujeres en América Latina.

La reducción de desigualdad de género en la distribución del cuidado debe ser un elemento igualmente central de los esfuerzos gubernamentales para prepararse frente a los escenarios demográficos que se avecinan. Mientras las respuestas frente a las demandas de cuidado sigan afectando principalmente a las mujeres como proveedoras de cuidados, es esperable que la desigualdad entre hombres y mujeres se mantenga, y se pierda parte de la contribución económica que las mujeres podrían hacer en el mercado de trabajo remunerado, y como consecuencia de ello, al crecimiento económico y la reducción de la pobreza y desigualdad en los países. A su vez, de no mediar políticas que intervengan en la oferta de cuidados desde ambas dimensiones (servicios e igualdad de género), los avances que América Latina ostenta en relación a la autonomía económica de las mujeres pueden verse rápidamente debilitados. Esto es fundamental porque, de lo contrario, no se logrará una verdadera transformación en la tradicional asignación de roles de hombres y mujeres a estas tareas.

Las estimaciones demográficas son, entonces, un punto de partida imprescindible e ineludible para dimensionar los desafíos futuros. Y la protección social no puede ser ajena a los escenarios futuros que se plantean para América Latina en materia demográfica, en tanto éstos acarrearán nuevas dinámicas de riesgos y vulnerabilidad tanto para quienes proveen y requieren recibir cuidados. Pero de no mediar políticas contundentes por parte de los gobiernos, la meta de avanzar hacia una mayor igualdad de género puede verse seriamente comprometida. Urge, por tanto, apoyar el fortalecimiento de las respuestas públicas y privadas para la provisión del cuidado y, al mismo tiempo, generar políticas que socialicen el cuidado y eviten que las primeras refuercen la provisión femenina informal de cuidado. Solo de esa forma la región podrá acometer los desafíos demográficos que se avecinan sin vulnerar los derechos de las mujeres.

Este documento tiene como objetivo contribuir a colocar en la agenda de políticas la relevancia del impacto que las transformaciones demográficas tienen y seguirán teniendo sobre la oferta y demanda de cuidado en América Latina, así como la centralidad que tiene incorporar la perspectiva de género en la

consideración de estos impactos. En particular, busca profundizar en el análisis de los desafíos que las transformaciones demográficas comportan y seguirán imponiendo a los países de América Latina en las décadas futuras. Con esto se pretende apoyar a los países a reflexionar a partir de la experiencia del mundo desarrollado y de las señales demográficas que la región viene mostrando, acercando al mismo tiempo algunos elementos metodológicos para que puedan avanzar en el dimensionamiento de los desafíos de cuidado que deberán enfrentar en las próximas décadas.

El documento recorre conjuntamente dos tradiciones analíticas distintas en la proyección de los desafíos que se avecinan en materia de cuidados: la demográfica y la feminista. Mientras que la primera se plantea escenarios de mediano y largo plazo con un énfasis importante (aunque no exclusivo) en la demanda creciente de cuidados, la segunda plantea los desafíos de una agenda de cambio con escenarios temporales frecuentemente más acotados. Si bien ambos enfoques son complementarios y necesarios para el análisis de los desafíos que la región enfrenta en materia de cuidados, el diálogo entre estas visiones es todavía escaso y superficial. Este documento busca contribuir a saldar este déficit, planteando las complementariedades de ambos abordajes pero también las tensiones entre ellos, clarificando los *trade-offs* entre estas dos formas distintas de visualizar los desafíos del cuidado. Este ejercicio no es neutral, sino que, por el contrario, parte de la base de la profunda desigualdad que existe en la distribución del cuidado entre hombres y mujeres en América Latina, así como de las desigualdades (en varios casos crecientes) entre mujeres latinoamericanas de distintos estratos sociales.

La primera sección del documento se centra en el mundo desarrollado, buscando acercar la discusión internacional sobre el impacto de las transformaciones demográficas en las demandas de cuidado y lo que éstas últimas imponen a distintos tipos de políticas, ofreciendo pistas sustantivas sobre el trayecto que estos países han recorrido y el que les queda por delante. Este análisis no busca ser solo un diagnóstico de las implicancias de las transformaciones demográficas, sino que también ahonda en las políticas públicas que se han desplegado en esos países para dar cuenta de estas nuevas demandas y, al mismo tiempo, para intentar revertir o modificar el rumbo de algunas tendencias demográficas de largo plazo. La sección también profundiza en los principales instrumentos metodológicos que se han utilizado en el mundo desarrollado para dar cuenta de los efectos más salientes que tendrían algunos cambios asociados a la primera y segunda transición demográfica. La idea, también en este caso, es acercar a la región la experiencia recorrida por otros países, más avanzados en los procesos de transformación demográfica.

La segunda sección busca sintetizar el debate sobre transformaciones demográficas y cuidado en América Latina, haciendo un contrapunto con las implicancias que estos cambios tienen para los sistemas de protección social y la igualdad de género. Se pone énfasis en los cuidados de la primera infancia y adultos mayores con dependencia, así como en la situación de las personas proveedoras de cuidados y se exploran opciones metodológicas para mejorar las estimaciones en la región. También se discuten los principales desafíos para distintos subtipos de políticas de cuidado en el marco de matrices generales de protección social y de orientaciones concretas en términos de objetivos de igualdad de género. El documento concluye con una sección de reflexiones finales.

I. Transformaciones demográficas y sus impactos en el cuidado en el mundo desarrollado

En el mundo desarrollado existe una extensa literatura centrada en estimar y dimensionar cómo se trasladan los cambios demográficos a la protección social y el cuidado. En relación a este último, el panorama demográfico que enfrentan los países desarrollados ha llevado a mirar cada vez con más atención la evolución de las tendencias de largo plazo en materia de población, lo que ha contribuido a establecer metodologías para mejorar las estimaciones y también a sofisticar los instrumentos para lograr mayor precisión y desagregación en la previsión de los escenarios futuros.

En términos generales, los impactos de los cambios demográficos y las políticas de cuidado pueden clasificarse en tres grandes grupos: los que ponen el foco en la demanda de cuidado, los que ponen en el centro a la oferta, relevando la situación de las personas cuidadoras, y los que vinculan la oferta con la demanda para estimar el grado en que existe o no un balance entre ellas. En el primer grupo destacan los indicadores demográficos básicos de fertilidad, esperanza de vida, esperanzas de vida ajustadas, las escalas para estimar demandas de cuidado y las medidas de dependencia y de discapacidad severa en personas adultas mayores. En el segundo grupo se incluyen las estimaciones que buscan prever cómo evolucionará la oferta de personas cuidadoras, tanto formales como informales (familiares no remunerados). En el tercer grupo se consideran las estimaciones de relaciones de dependencia, así como proyecciones de la oferta de servicios y prestaciones que puedan ir al encuentro de las demandas de cuidado proyectadas.

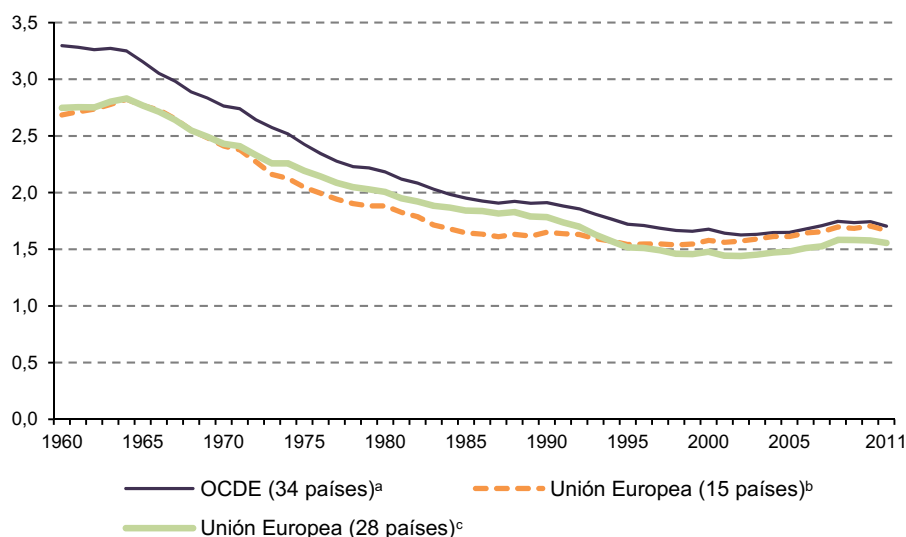
Una perspectiva de igualdad de género y derechos es transversal y fundamental en cada uno de estos análisis. Las transformaciones demográficas que impactan sobre la mayor o menor demanda de cuidados, en ausencia de respuestas públicas adecuadas y de una cultura fundada en la corresponsabilidad en los cuidados, no hará sino reforzar la presión sobre las responsabilidades familiares que asumen las mujeres y su tiempo y trabajo. En el examen de la posibilidad que tienen las sociedades para hacer frente a las demandas de cuidado a través de la identificación de personas cuidadoras también intervienen elementos vinculados con un enfoque de género, puesto que en este cálculo se puede asumir o no que serán las mujeres las llamadas a asumir esta responsabilidad. A continuación se sintetiza la literatura del mundo desarrollado en torno a estos tres ejes.

A. Impactos sobre la demanda de cuidados

En los últimos 50 años, la natalidad en el mundo desarrollado ha disminuido drásticamente, debido al descenso marcado en las tasas de fertilidad. Las razones que explican este descenso se vinculan con una tendencia de postergación de asunción de roles adultos y formación de familias, el descenso de la cantidad de hijos e hijas deseadas (y el acceso a métodos anticonceptivos), el aumento de los niveles educativos y el ingreso de las mujeres al mercado laboral (OCDE, 2014). Pero también existe evidencia que indica que el descenso en el número de hijos e hijas es menos una opción deseada de las familias que un resultado impuesto por los altos costos asociados a la crianza de los hijos e hijas (cuidados, educación), el déficit en el acceso a vivienda y la ausencia o debilidad de ciertas políticas. Todo ello opera como barrera importante para que las familias alcancen el tamaño que desean (OCDE, 2011a; Unión Europea, 2013)².

Considerando la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), mientras que el promedio de hijos por mujer en 1960 era de 3,3, en 2011 era de 1,70 (OCDE, 2014) (véase el gráfico 1). Aunque existen importantes variaciones entre países e incluso se observa un leve incremento en algunos países europeos (Rechel *et al.*, 2013)³, la tendencia es de relativa estabilidad (en 1996, la tasa era de 1,71) y no es esperable que en las próximas décadas el número de hijos e hijas por mujer aumente significativamente.

Gráfico 1
Evolución de las tasas de fertilidad en países de la OCDE^a y Unión Europea (1960-2011)
(Número de hijos e hijas por mujer)



Fuente: Elaboración propia en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Society at a Glance*, París, OCDE, 2014.

^a Incluye Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Países Bajos, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Corea, Luxemburgo, México, Nueva Zelandia, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía.

^b Incluye Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia.

^c Incluye Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania y Suecia.

² En la Unión Europea, aproximadamente 30% de los hombres y mujeres de 40 años y más paran de tener hijos e hijas antes de alcanzar el tamaño ideal deseado de familia (Unión Europea, 2013).

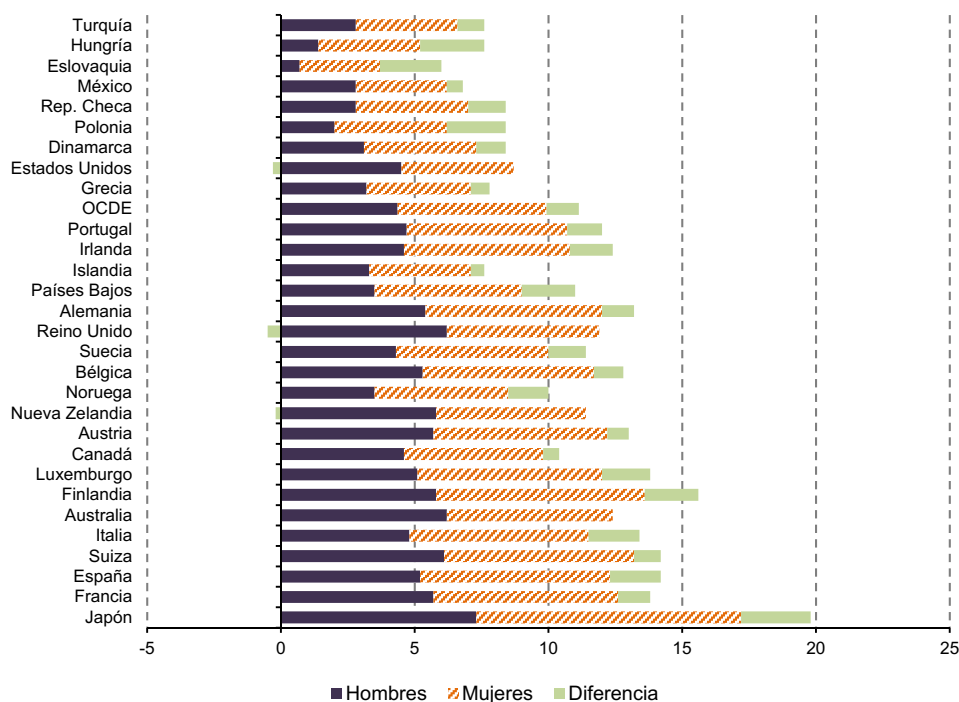
³ Antes de la crisis de 2008 y desde el 2000, se venía registrando una recuperación moderada en las tasas de fertilidad. Sin embargo, la tendencia era relativamente heterogénea y las tasas de fertilidad se mantuvieron estables en Austria, Japón y Suiza, en todos los casos países con bajas tasas de fertilidad promedio. En otros países se observó cierto efecto "rebote", que incluso llegó a ubicarse por encima de las tasas de reemplazo (esto ocurrió, por ejemplo, en Nueva Zelanda o Islandia). Sin embargo, ya en 2009 este rebote se estabilizó, probablemente por efecto de la crisis económica.

Además de llevar el crecimiento poblacional por debajo de las tasas de reemplazo, el descenso de la fecundidad se traduce en una reducción de la población en edad de trabajar, lo que tiene consecuencias para la oferta de cuidados. Las implicancias de este fenómeno serán discutidas en la próxima sección.

Otra pieza clave del cambio demográfico de las últimas décadas es el marcado descenso en las tasas de mortalidad de todos los grupos de edades, que ha conducido a un aumento generalizado de la esperanza de vida y a un envejecimiento progresivo de la población. En efecto, en los últimos 40 años la esperanza de vida al nacer ha aumentado significativamente en todos los países de la OCDE (OCDE, 2013). Considerando el promedio de los países de ese grupo, la esperanza de vida al nacer ha pasado de 73,1 años en 1970 a 82,8 años en 2011 para las mujeres, y de 66,9 a 77,3 años para los hombres.

Una parte de las ganancias en la esperanza de vida que tuvieron lugar en la segunda mitad del siglo XX están asociadas a la reducción de la mortalidad en las edades más avanzadas (Lafortune, Balestat y Disability Study Expert Group Members, 2007). De hecho, la esperanza de vida a los 65 años también ha tenido un marcado incremento en las últimas décadas, gracias a las mejoras en los servicios de salud y los progresos en la medicina (en particular en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares) (OCDE, 2003). En promedio, entre 1960 y 2009 la esperanza de vida en las mujeres de 65 años se incrementó en 5.6 años y entre los hombres aumentó en 4,4 años. Como resultado, en el año 2009 y para el promedio de los países de la OCDE, la población femenina de 65 años podía esperar vivir por 20,5 años más y la expectativa de vida para la población masculina de esa misma edad era de 17,2 años (OCDE, 2011b) (véase el gráfico 2).

Gráfico 2
OCDE (29 países): años de vida ganados a partir de los 65 años desde 1960



Fuente: Elaboración en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Health at a Glance 2011*, París, OCDE, 2011b.

Considerando al promedio de los países de la OCDE, la distancia en la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres ha disminuido levemente (de una diferencia de 6,2 años en 1970 a una diferencia de 5,5 años en 2011)⁴, en parte por la disminución de las diferencias preexistentes en algunos factores de riesgo (OCDE, 2011b). Aun así, las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres continúan siendo relevantes.

Es importante señalar que la evolución al alza de la esperanza de vida, en especial los años ganados a partir de los 65 años no es necesariamente sinónimo de buena salud en esos años ganados al final de la vida⁵. En realidad, datos de 2009 para un grupo de países europeos indicaban que el número promedio de años de vida saludables a los 65 años era de 9,0 para las mujeres y 8,8 para los hombres (véase el gráfico 3). Esto indica que: i) los años de vida saludables esperables a los 65 son menos que los ganados, pronosticando procesos de envejecimiento no saludables y ii) las mujeres tienen mayor probabilidad de vivir con algún tipo de limitación luego de los 65 años en comparación con los hombres (OCDE, 2011b)⁶.

Gráfico 3
Europa (23 países): esperanza de vida saludable a los 65 años para países europeos, 2009
(Años de vida saludable a los 65 años)



Fuente: Elaboración propia en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Health at a Glance 2011*, París, OCDE, 2011b.

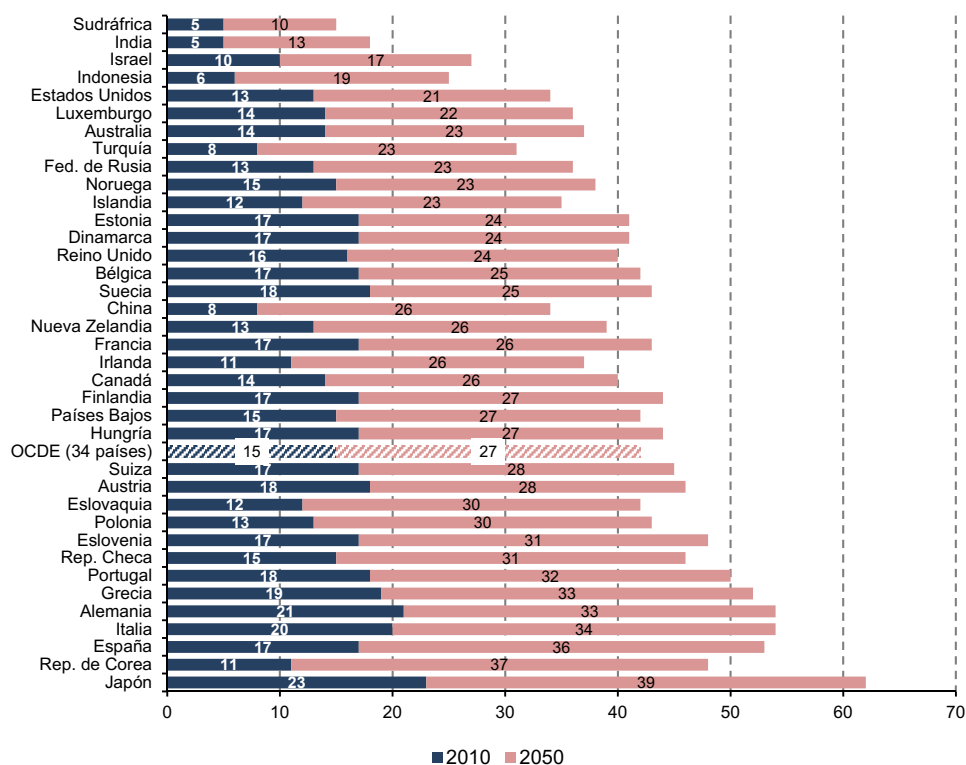
El resultado de estas tendencias es la consolidación del proceso de envejecimiento progresivo de la población, lo que se evidencia, por ejemplo, en el incremento significativo del peso de la población adulta mayor en el conjunto de la población. En el promedio de los países de la OCDE, la proporción de personas de 65 años y más ha pasado de 9% en 1960 a 15% en 2010, y se espera que en 2050 represente el 27% de la población total (OCDE, 2013) (véase el gráfico 4).

⁴ Este descenso contrasta con la evolución de las distancias entre 1960 y 1970, cuando mostró una tendencia al alza que se reflejó en una diferencia de 6.7 años en 1980.

⁵ Existen distintas metodologías para ajustar los cálculos de esperanza de vida según estados de salud. Para un detalle de los distintos indicadores que suelen utilizarse, entre otros, la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas, la esperanza de vida en estado de buena salud percibida o subjetiva, la esperanza de vida en estado de buena salud y la esperanza de vida sin discapacidad, véase el anexo metodológico.

⁶ Otro indicador que busca reflejar cómo el envejecimiento podría impactar en la demanda de cuidados es la esperanza de vida sin discapacidad (*disability-free life expectancy*) que refleja el número de años que en promedio una generación, expuesta a determinadas tasas de mortalidad y con determinados valores de prevalencia de discapacidad, vivirá sin tener una discapacidad (véase el anexo metodológico para más información). En Japón, por ejemplo, la esperanza de vida sin discapacidad a los 65 años es de 15,6 años para las mujeres y 12,6 años para los hombres (OCDE, 2011b). En España, calculada al nacer, es de 65,5 años para los varones y 72,12 años para las mujeres (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2005).

Gráfico 4
Países seleccionados: porcentaje de población de 65 años o más, 2010-2050



Fuente: Elaboración propia en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Health at a glance 2013*, París, OCDE, 2013.

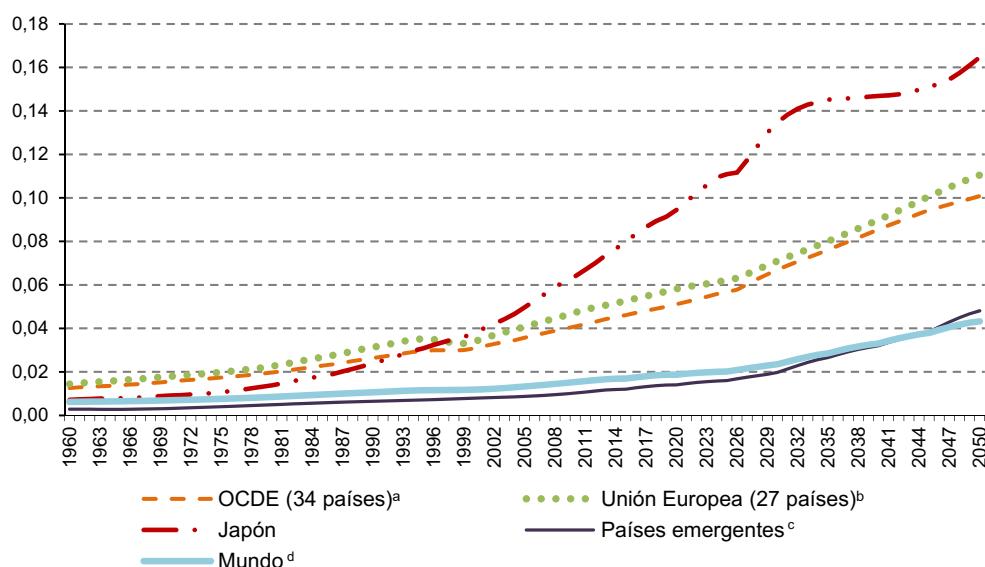
Del gráfico 4 se desprende, en parte, que el proceso de envejecimiento ha sido y está siendo procesado en momentos distintos por los distintos países y también con ritmos distintos⁷. Así, por ejemplo, países como Japón, Corea, España, Italia, Alemania y, Portugal, presentan una proyección de población de 65 años y más cercana o superior a un tercio. En contraste, en países como Estados Unidos o Israel el proceso de envejecimiento está menos avanzado (esto debido básicamente al flujo migratorio hacia esos países y los niveles de fertilidad todavía altos que presentan). Más allá de esto, sin embargo, las tendencias generales son en buena medida compartidas por la mayor parte de los países.

Las proyecciones futuras indican, además, que este proceso seguir  profundizándose, debido al envejecimiento de la generación del *baby boom* nacida después de la segunda guerra mundial (que comenzó a cumplir 65 años alrededor de 2010), así como las ya descritas ganancias en la esperanza de vida a los 65 años y la caída de fertilidad. No es esperable, por otra parte, que estas tendencias se modifiquen en el mediano plazo por el flujo de migración internacional hacia el mundo desarrollado.

Otra tendencia vinculada al proceso de envejecimiento es el incremento de población de 80 años y más, también denominado el proceso de "envejecimiento dentro del envejecimiento". Considerando solo a los países de la Unión Europea, la proporción de población de 80 años y más pasó de 1,5% en 1960 a cerca de 5% en 2010 y se espera que llegue a 11% para 2050 (Rechel *et al.*, 2013) (véase el gráfico 5).

⁷ Mientras que en algunos países escandinavos la proporción de población adulta mayor se incrementó notoriamente en la primera mitad del siglo XX, en los países de Europa del Sur y el mediterráneo el proceso ocurrió más tarde, debido a que la baja en la fertilidad fue más tímida y no tuvo lugar hasta avanzado el siglo XX.

Gráfico 5
Evolución de la proporción de población de 80 años y más, 1960-2050



Fuente: Elaboración en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Health at a glance 2013*, París, OCDE, 2013.

^a Incluye Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Países Bajos, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Rep. de Corea, Luxemburgo, México, Nueva Zelandia, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía.

^b Incluye Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, y Suecia.

^c Incluye Brasil, China, India, Indonesia y Sudáfrica.

^d A partir del World Development Indicators, incluye 214 países.

Las tendencias señaladas ponen de relieve los posibles impactos sobre los sistemas de protección social (en especial sistemas de salud) y sistemas de cuidado (básicamente en cuidados de larga duración) (OCDE, 2011e). Estos procesos no sólo imponen presión sobre los sistemas de pensiones, sino que incrementan en forma muy significativa las necesidades y demandas de cuidado, creando incluso nuevas demandas no conocidas por los países hasta ahora. Si se consideran exclusivamente estas tendencias demográficas, es esperable que la demanda de cuidados en la vejez aumente muy significativamente y esto solo podría ser evitado si se lograran mejoras también muy significativas en la salud y estado funcional de los adultos mayores en general y, dentro de ellos, los de edad más avanzada (Lafortune *et al.*, 2007). En otras palabras, la forma en que estos impactos tendrán lugar dependerá de varios factores, entre ellos, la forma en que tiene lugar el proceso de envejecimiento y la posibilidad de cada país de asegurar procesos de envejecimiento saludable⁸.

Dado que la población adulta mayor es también aquella en la que se concentran en mayor medida las discapacidades y las mayores necesidades de cuidados de larga duración, es esperable que el incremento de su peso relativo en la población en general se traduzca en mayor demanda de cuidados. Como se adelantó, si las tendencias de envejecimiento observadas se mantienen, la presión sobre los sistemas de protección social y los sistemas de cuidado será de enorme magnitud.

Frente a este panorama, sin embargo, otras tendencias demográficas podrían estar incidiendo en dirección contraria. En particular, la migración hacia los países desarrollados afecta a los sistemas de cuidado, los sistemas de protección social y los vectores que estructuran la igualdad/desigualdad de género. La población inmigrante tiende a ser más joven y a tener tasas de fertilidad mayores, lo que ha contribuido a contrarrestar, aunque solo en parte y no de forma suficiente (Rechel *et al.*, 2013), las

⁸ En inglés *healthy ageing*.

tendencias de envejecimiento de las sociedades desarrolladas (véase el recuadro 1). Sin embargo, la población inmigrante también envejece y buena parte de esta población no retorna a sus países, sino que decide quedarse en el país de destino. Eventualmente, las tasas de fertilidad tienden a converger con las de la población del país anfitrión.

Recuadro 1 Cadenas globales de cuidado

Las “cadenas” globales de cuidado refieren a una serie de vínculos personales entre personas a nivel global basados en el trabajo remunerado o no remunerado de cuidado (Hochschild, 2000), y se entienden como una división internacional del trabajo reproductivo o una transferencia internacional del cuidado (Parrenas, 2000). Más concretamente, se trata del vínculo de migrantes de países con menor nivel de desarrollo cuidando a personas dependientes en sociedades más desarrolladas (Yeates, 2005; Pérez Orozco, 2009). A medida que se desciende en la cadena, el valor asociado al cuidado desciende: las migrantes suelen tener, además, dependientes a cargo o en sus países de origen, que son cuidados por otras mujeres por la vía no remunerada (Yeates, 2005).

Las cadenas son un reflejo de un mundo cada vez más globalizado que demanda trabajadores inmigrantes en los países desarrollados y que, al mismo tiempo, expulsa de países en desarrollo un contingente creciente de emigrantes. El ingreso de las mujeres al mercado de trabajo en el mundo desarrollado ha expuesto la necesidad de cubrir la carga de cuidados de niños, niñas y personas adultas mayores, y aunque el avance de las políticas de familia para dar respuesta es importante, el persistente déficit de cuidados hace que la opción de cuidar a los dependientes en casa siga siendo valorada por muchas familias. La extensión y forma de las cadenas dependen de la distribución intrafamiliar de los cuidados. Dependen también de otros factores como la existencia de servicios públicos de cuidados, el peso del sector empresarial organizado, las políticas migratorias, la regulación del empleo doméstico, entre otros.

La literatura sobre cadenas de cuidado destaca tres elementos centrales. En primer lugar, las cadenas de cuidado parecen estar contribuyendo a amortiguar parcialmente las presiones de cuidado y los efectos de las transformaciones demográficas en el mundo desarrollado, básicamente porque liberan fuerza laboral femenina y cubren la demanda de cuidados a un costo menor. Desde este punto de vista, “el aporte de las mujeres migrantes resulta crucial para cubrir, cuando menos parcialmente, el déficit de cuidados generado por la crisis de los cuidados. Sin embargo, surgen dudas sobre si la conformación de cadenas forma parte de una reorganización social de los cuidados que resulte viable y equitativa a medio o largo plazo” (Orozco, 2007).

En segundo lugar, las cadenas de cuidado han sido un motor importante para el proceso de feminización de la migración: “hombres y mujeres tienen una presencia diferencial en las cadenas. Ellos tienden a ser sujetos beneficiarios más que a asumir responsabilidades sistemáticas en la provisión de cuidados. Esta responsabilidad tiende a recaer en las mujeres, quienes suelen asumir un protagonismo activo” (Orozco, 2007).

En tercer lugar, el trabajo remunerado de cuidado que desempeñan las mujeres migrantes suele ser muy precario. En general las remuneraciones son muy bajas, aun cuando en muchos casos presenten mayores niveles educativos y calificación que sus pares no migrantes (OCDE, 2011d). También predomina la informalidad (Cameron y Moss, 2002) y la alta rotación (OCDE, 2011d).

Fuente: Elaboración en base a Arlie Hochschild, “Global Care Chains and Emotional Surplus Value” en Will Hutton y Anthony Giddens (eds) *On The Edge: Living with Global Capitalism*, Londres, Jonathan Cape, 2000; Rhacel Parrenas, “Migrant Filipina Domestic Workers and the International Division of Reproductive Labor”, *Gender and Society*, N° 14, Vol. 4, pág. 560-580, 2000; Nicola Yeates, “Global care chains: a critical introduction”, *Global Migration Perspectives*, GCIM, N° 44, 2005; Amalia Pérez Orozco, “Global perspectives on the social organization of care in times of crisis: Assessing the situation”, *Gender, Migration and Development Series*, Working Paper N° 5, Santo Domingo, UN-INSTRAW, 2009; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Long-Term Care Workers: Needed but Often Undervalued*, París, OCDE, 2011d.

Aunque la literatura refleja consenso sobre que las demandas de cuidado, en especial el cuidado de larga duración, aumentarán en forma significativa, existen diferentes teorías sobre de qué manera (grado, intensidad y momento) el proceso de envejecimiento afectará las necesidades de cuidado. Estas teorías refieren básicamente a los distintos procesos que pueden ocurrir en el estado de salud y la prevalencia de la discapacidad en la población adulta mayor en un contexto de aumento de longevidad.

Por un lado, se plantea que este proceso acarreará una expansión de la morbilidad/discapacidad, en la medida en que el incremento en la longevidad estará asociado a una prolongación en el período de morbilidad y discapacidad al final de la vida, debido al descenso de mortalidad en personas enfermas y una prevalencia creciente de enfermedades asociadas al envejecimiento (demencia senil, por ejemplo) (Kramer, 1980)⁹.

Otros autores entienden que el proceso de envejecimiento acarreará una reducción de la morbilidad y la discapacidad, en tanto el incremento en la longevidad se vincula con un menor período de enfermedad y discapacidad en el final de la vida, debido a los esfuerzos de reducción de riesgos y prevención realizados tanto por los individuos como por los gobiernos (Fries, 1980)¹⁰.

Finalmente, se plantea que el proceso de envejecimiento genera un equilibrio dinámico, porque el incremento de la longevidad lleva a una expansión de la morbilidad y discapacidad leves pero con una reducción de la morbilidad y discapacidad severas, debido a las mejoras en el cuidado de la salud y el uso creciente de dispositivos de ayuda (Manton, 1982).

La literatura también establece distintos escenarios intermedios, en los que, por ejemplo, un incremento en la prevalencia de algunas enfermedades crónicas estaría acompañado de un descenso de ciertas limitaciones asociadas a ellas, debido a las mejoras en los diagnósticos y tratamientos. El resultado sería una población adulta mayor más enferma pero con menos limitaciones y, por ende, menor prevalencia de discapacidades (Robine, Mormiche, y Sermet, 1998; Freedman y Martin, 2000).

Es importante señalar que las respuestas a la pregunta empírica sobre el efecto futuro que el proceso de envejecimiento tendrá sobre la salud y necesidades de cuidado de la población adulta mayor —y por ende sobre los sistemas de protección social y de cuidado— no son unívocas.

En el promedio de Europa, los niveles severos de discapacidad parecen haber descendido. Sin embargo, las discapacidades menos severas se han vuelto más comunes, de forma que, en general, la población tiende a mantenerse saludable por más tiempo (Christensen, Doblhammer, Rau, y Vaupel, 2009). Sin embargo, todo indica que entre los países europeos la esperanza de vida ha aumentado más que la esperanza de vida saludable (Rechel *et al.*, 2013). Y la situación de los países es muy heterogénea. En España, por ejemplo, investigaciones indican que “la demanda de cuidados para adultos mayores o personas con discapacidad y dependientes viene en aumento y va a seguir aumentando en las próximas décadas” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2005), básicamente debido a las mayores tasas de supervivencia en personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves y la creciente incidencia de los accidentes laborales y de tráfico en una población que se encuentra entre las más envejecidas del mundo desarrollado (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2005).

En los países de la OCDE se encuentran tendencias encontradas al analizar los vínculos entre envejecimiento y discapacidad severa. Aunque en años recientes la proporción de personas con discapacidad ha disminuido en algunos países (Dinamarca, Finlandia, Italia y Países Bajos), es esperable que el proceso de envejecimiento de la población lleve a un incremento de la población adulta mayor con discapacidad severa (Lafortune *et al.*, 2007). En Bélgica, Japón y Suecia, por ejemplo, la proporción de población adulta mayor con discapacidad severa ha aumentado considerablemente (Lafortune *et al.*, 2007).

Un estudio realizado en los noventa en 9 países de la OCDE muestra un descenso de la discapacidad severa (definida como uno o más de una limitación para la realización de actividades de la vida diaria) en varios de los casos (Francia, Suecia, Estados Unidos), mientras que en otros (Australia, Canadá) esta tendencia no se verificó. En contraste, la evidencia sobre discapacidad leve o moderada (definida como una o más limitaciones instrumentales para la realización de actividades de la vida diaria) no fue contundente (Cambois, Robine, Chaplain, y Jacobzone, 1999).

⁹ Desde esta perspectiva se plantea que los progresos médicos contribuirán a un incremento de la supervivencia de los adultos mayores frágiles y a una expansión de los años con enfermedad en comparación con los años saludables

¹⁰ El planteamiento de Fries (1980) era que el avance en la esperanza de vida estaba alcanzando un techo y que las mejoras futuras en ciudades y atención sanitaria, así como los cambios en la conducta sanitaria de las personas contribuirían a retrasar la morbilidad (no la mortalidad).

Otra investigación más reciente incluyendo más casos confirma que no existen tendencias homogéneas entre los países de la OCDE. En un grupo de países (Dinamarca, Finlandia, Italia, Países Bajos, Estados Unidos) las últimas dos décadas revelan un descenso de la discapacidad en la población de 65 años y más, básicamente por el descenso de discapacidades leves a partir de la reducción de cierto tipo específico de limitaciones. En promedio el descenso ha sido de entre 1% y 2% por año. En otros países (Canadá, Australia) la prevalencia de la discapacidad severa se mantiene estable en los últimos 5 a 10 años o se observa un incremento de la prevalencia de la discapacidad severa (Bélgica, Suecia¹¹, Japón), que en promedio se encuentra en el entorno de 2,5%-3,5% (Lafortune *et al.*, 2007).

Cuadro 1
Tendencias en discapacidad severa en la población de 65 años y más.
Países seleccionados de la OCDE (Variación anual)^a
(En porcentajes)

	Período	Población en hogares e instituciones		
		Todos	Hombres	Mujeres
Australia	1998-2003	+0,1	-0,2	+0,3
Bélgica	1997-2004	+3,4	+3,8	+3,3
Canadá	1996-2003	-0,5		
Dinamarca	1987-2005	-1,7	-2,3	1,3
Finlandia	1980-2000	-2,0	-2,2	-1,9
Francia	2002/2003	+0,2		
Japón	2004-2005	+2,7		
Países Bajos	1996/1998-2001/2003	-2,2		
Suecia	1994-2004	+3,1	+2,2	+3,6
Reino Unido	1995-2000/2001	+1,1		
Estados Unidos	1992-2004	-1,4	-1,5	-1,3

Fuente: Elaboración propia en base a Gaetán Lafortune, Gaëlle Balestat y Disability Study Expert Group Members, "Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OCDE Countries and the Future Implications," OCDE Health Working Paper N° 26, 2007.

^a Tasas estandarizadas por edad, salvo indicación.

En definitiva, dado que la población adulta mayor (y en particular de 80 años y más) continuará creciendo en forma sostenida en las próximas décadas, cualquier cambio en la prevalencia de la discapacidad severa puede tener un impacto significativo en las demandas de cuidado y en el gasto en cuidados de larga duración (OCDE, 2011e).

Tomando puramente el efecto demográfico del envejecimiento y asumiendo que las tasas de prevalencia de discapacidad severa se mantienen constantes, en países como Australia, Canadá y Finlandia la proporción de población adulta mayor con discapacidad severa se duplicará para 2030. Los resultados de proyecciones dinámicas muestran distintos efectos entre países dependiendo de la dirección de la tendencia que es extrapolada para las próximas décadas. En países donde la evidencia indica un declive de la discapacidad severa entre los adultos mayores (Dinamarca, Finlandia, Italia, Países Bajos) las proyecciones de estas tendencias indican una reducción en la prevalencia de la discapacidad en la vejez, lo que contrasta con la proyección exclusivamente demográfica (Lafortune *et al.*, 2007). En Bélgica, en contraste, las proyecciones prevén que la proporción de adultos mayores con discapacidad severa se triplique para 2030¹². En Suecia los resultados varían según los años que se consideren para calcular las tendencias pasadas.

¹¹ Aunque en el caso de Suecia este incremento reciente ocurre después de una caída sostenida desde 1980 a mediados de los noventa.

¹² Asumiendo que la discapacidad severa se incrementaría a la misma tasa entre 2004 y 2030 que la registrada entre 1997 y 2004.

En suma, en general las proyecciones indican un panorama futuro de incremento de la población adulta mayor con discapacidad severa debido al proceso de envejecimiento. Sin embargo, el tamaño de ese incremento dependerá de la evolución de la prevalencia de la discapacidad severa en la vejez, aspecto en el que se observan variaciones muy importantes entre países (Lafortune *et al.*, 2007).

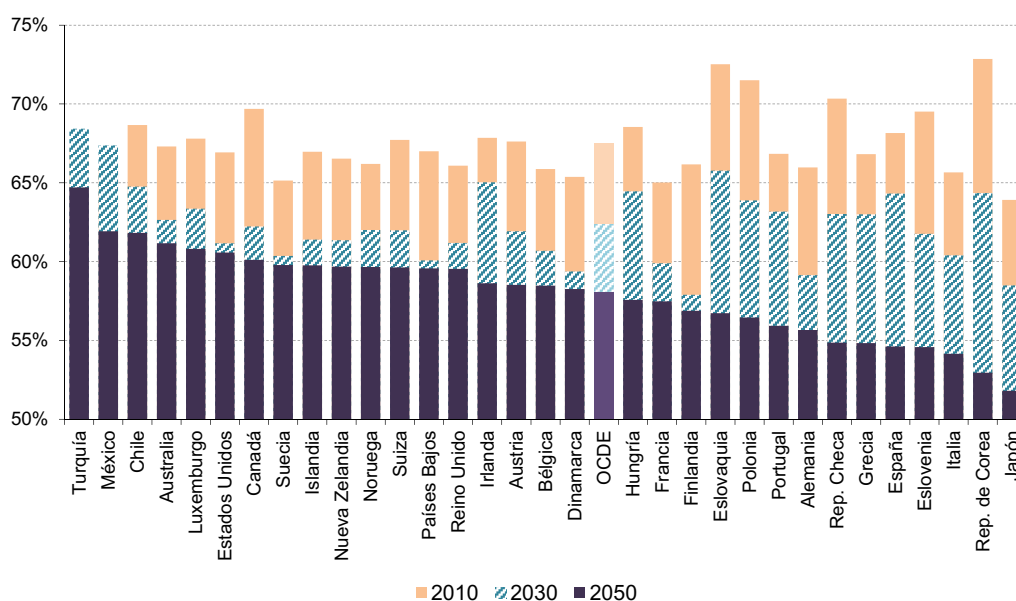
Es importante aclarar que el concepto de dependencia no es sinónimo del concepto de discapacidad. La dependencia implica la necesidad de ayuda, se distingue de la discapacidad porque ésta puede implicar limitaciones para algunas actividades pero no necesariamente implica la necesidad de ayudas y, por ende, la existencia de dependencia. En este sentido, no todas las personas con discapacidad son necesariamente dependientes. Por otro lado, no todas las personas en situación de dependencia por discapacidad tienen las mismas necesidades en términos del tipo de apoyo, por lo que existen distintos grados de dependencia.

B. Impactos sobre la oferta de cuidados

Los cambios demográficos también impactan sobre la oferta de cuidados, es decir, sobre la población que suele cuidar o que puede ser potencialmente cuidadora. La literatura en países europeos pone el foco en tres tendencias clave: el descenso de la población activa, el cambio familiar y el ingreso progresivo de las mujeres al empleo remunerado que no es acompañado por un movimiento de los varones al trabajo no remunerado y de cuidados al interior de los hogares.

En relación al primer aspecto, en un planteo estrictamente demográfico, el descenso de la natalidad contribuye a un descenso progresivo de la población en etapa activa o en edad de trabajar. Considerando sólo los países de Europa se espera que entre 2010 y 2060 esta población descienda un 14% (Unión Europea, 2013). Para el promedio de los países de la OCDE, se espera que la proporción de población en edad de trabajar pase de 67% en 2010 a 62% en 2030 y a 58% en 2050 (unos 9 puntos porcentuales en 40 años) (OCDE, 2011e) (véase el gráfico 6).

Gráfico 6
OCDE (32 países): proyecciones de población en edad de trabajar, 2010, 2030 y 2050
(En porcentajes de población entre 15 y 64 años)



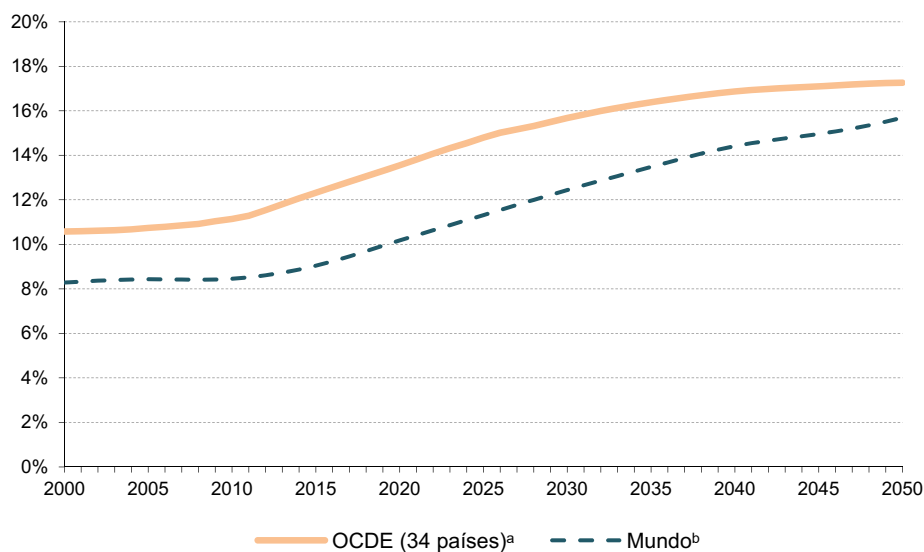
Fuente: Elaboración en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Sizing Up the Challenge Ahead: Future Demographic Trends and Long-term Care Costs*, In *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, París, OCDE, 2011e.

Algunos estudios plantean que, de no existir modificaciones significativas al alza en los niveles de productividad, este descenso poblacional conduciría a una disminución de la producción de los países (PIB) y a un enlentecimiento en el crecimiento económico asociado a las transformaciones demográficas indicadas. En el largo plazo, es esperable que lleve a una reducción del ingreso per cápita y los niveles de bienestar, a una caída de la innovación y a una escasez de trabajadores calificados (Fehr, Jokisch, y Kotlikoff, 2003; Weber, 2010).

La reducción en la población en edad de trabajar también tiene implicancias importantes para los sistemas de protección social y los sistemas de cuidado, en particular. En la medida en que la proporción de trabajadores más jóvenes desciende, es esperable que el sostén contributivo de los sistemas de pensiones y de los servicios de cuidado de larga duración se reduzca, profundizando el déficit (Unión Europea, 2013). Por otro lado, estas tendencias afectan la oferta potencial de personas que potencialmente pueden proveer cuidados, tanto en forma remunerada como no remunerada (OCDE, 2011e)¹³.

Más allá de las perspectivas de descenso en la población activa, la literatura considera el comportamiento demográfico en relación a otros grupos poblacionales no considerados en general dentro de los activos. Concretamente, es relevante observar la evolución de la población adulta mayor de 65 a 79 años, que suele ser considerada como potencialmente cuidadora al interior de las familias (*potencial pool of old family carers*) (OCDE, 2011e). Las tendencias en el mundo desarrollado muestran un incremento de unos 4 puntos porcentuales entre 2000 y 2030, pero se espera que a partir de 2030 el peso de este grupo en el conjunto de la población se mantenga relativamente estable. Esta evolución al alza no parece ser suficiente para compensar la reducción antes señalada de casi 10 puntos porcentuales en la población en edad de trabajar (véase el gráfico 7).

Gráfico 7
Evolución de la población adulta mayor de 65 a 79 años potencialmente cuidadora
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Sizing Up the Challenge Ahead: Future Demographic Trends and Long-term Care Costs*, In *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, París, OCDE, 2011e.

^a Incluye Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Países Bajos, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Rep. de Corea, Luxemburgo, México, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía.

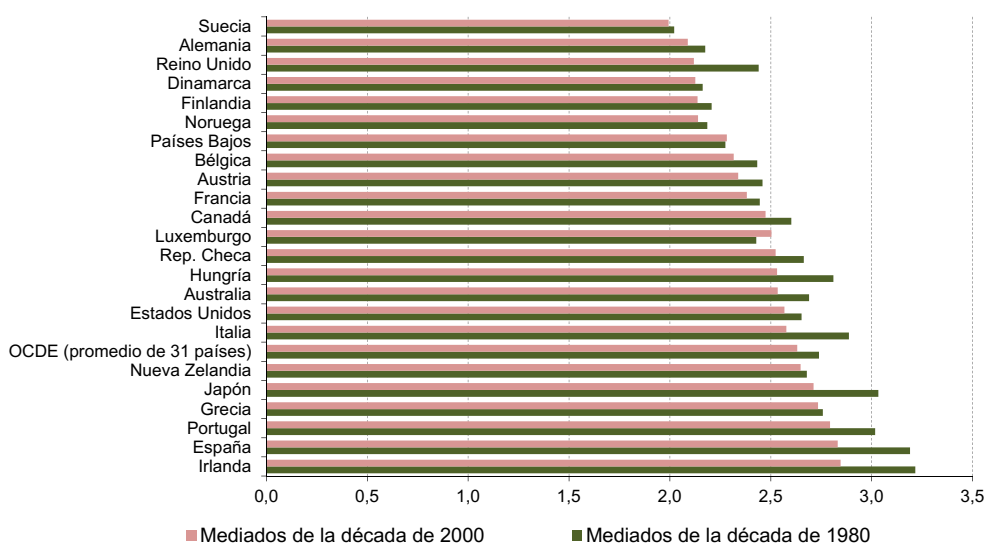
^b A partir del World Development Indicators, incluye 214 países.

¹³ La forma en que los aumentos de demanda de cuidados se combinan con proyecciones a la baja de población activa se aborda con mayor profundidad en la próxima sección.

Un elemento central a tener en cuenta a la hora de observar estos indicadores es que, aunque son ilustrativos para dimensionar el impacto del incremento de la demanda de cuidados sobre los cuidadores familiares, no problematizan adecuadamente la desigualdad con que, también en el mundo desarrollado, se distribuyen los cuidados al interior de las familias. Dicho de otra forma, las proyecciones que establecen cómo evolucionará el contingente de personas cuidadoras al interior de la familia no parecen considerar que la enorme mayoría de esos cuidadores son mujeres.

En el mundo desarrollado los procesos de formación de familias y los modelos familiares vienen experimentando cambios muy significativos en las últimas décadas. Por un lado, en la mayor parte de los países se observa un proceso de postergación de la tenencia de hijos e hijas, una de las causas del descenso de la fecundidad, asociado al mayor acceso a métodos anticonceptivos, pero también a la dilatación de la asunción de roles adultos vinculados con la formación de la familia propia, privilegiando la consolidación en el mercado laboral o las trayectorias educativas. En efecto, la edad promedio de tenencia del primer hijo para el promedio de la OCDE aumentó de 24 en 1970 a 28 en 2008 (OCDE, 2011a). Por otro, y en parte debido a lo anterior —y a la reducción del tiempo en que las mujeres tienen hijos— se observa un descenso en tamaño promedio de los hogares (véase el gráfico 8).

Gráfico 8
OCDE (países seleccionados): tamaño promedio de los hogares, mediados de la década de 1980 y mediados de la década de 2000
(Número de personas por hogar)

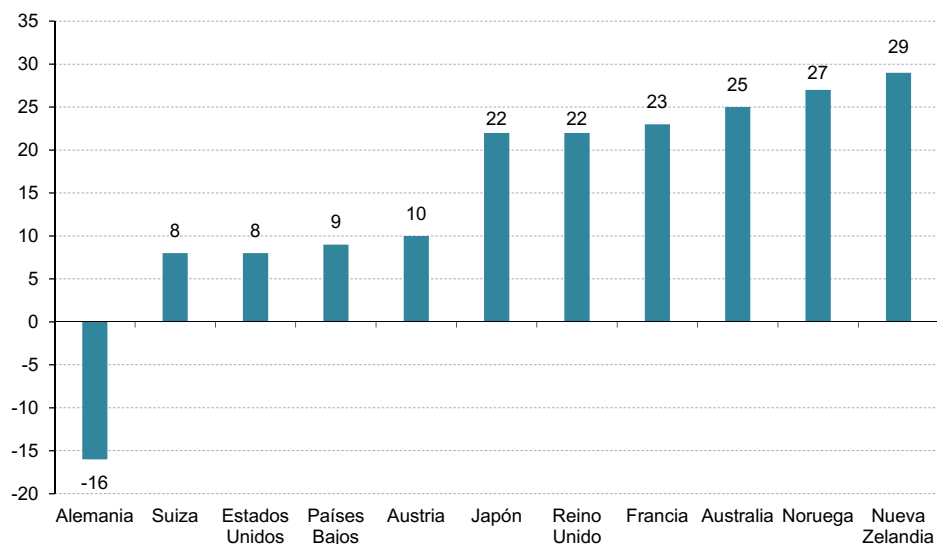


Fuente: Elaboración en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Doing better for families*, París, OCDE, 2011e.

También ha crecido la proporción de mujeres que no tienen hijos e hijas y, por ende, la proporción de familias sin ellos y ellas, en especial entre los sectores más educados (OCDE, 2011a). Otras transformaciones, como los cambios en los patrones de formación y mantenimiento de parejas, han contribuido a modificar la forma de las familias. Las proyecciones indican que el número de hogares unipersonales sufrirá un incremento significativo en todos los países de la OCDE (OCDE, 2012b). Adicionalmente, la consistencia de la tendencia al alza de los hogares monoparentales es contundente: la mayoría de las proyecciones a 2025 o 2030 sugieren que el número de hogares de este tipo aumentará entre un 22% y 29% (los aumentos más tímidos tendrían lugar en Austria, Países Bajos, Suiza y Estados Unidos, entre 8% y 10%)¹⁴ (véase el gráfico 9) (OCDE, 2012). En contraste, se reduce el peso de las familias extendidas, tradicionalmente proveedoras de apoyo informal y recursos a sus miembros (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2005).

¹⁴ Alemania destaca como una excepción. En ese país los hogares monoparentales decrecerían en un 16% para 2025 (véase el gráfico 12).

Gráfico 9
Porcentaje proyectado de aumento de hogares monoparentales en países seleccionados de la OCDE, entre mediados de la década del 2000 y 2025-2030



Fuente: Elaboración en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Doing better for families*, París, OCDE, 2011a, Pág. 29.

Las preocupaciones más recurrentes a la hora de vincular el impacto de los cambios en las familias sobre el cuidado son dos.

Por un lado, los cambios en la forma de las familias, y en especial, el incremento de hogares monoparentales o unipersonales llevan a una modificación de las bases en las que se asienta el cuidado al interior de las familias, básicamente porque dentro de esos hogares existen menos personas cuidadoras disponibles.

Por otro lado, el incremento de la carga de cuidar a otros —básicamente, personas adultas mayores— se trasladará a un aumento de la presión sobre las redes de cuidado familiar (OCDE, 2011e). Así, por ejemplo, una estimación para el Reino Unido indica que los cambios en los procesos de formación de familias llevarán a un aumento en el número de personas que deberán proveer cuidado a la generación de sus padres en un 27% para 2041, y para mantener el *pool* de cuidadores constante, el número de cuidadores informales en edad de trabajar deberá prácticamente duplicarse (Pickard, 2008). O dicho de otra forma, el número de adultos mayores dependientes se incrementaría más que el contingente de cuidadores informales potenciales, reduciendo el número de cuidadores informales disponibles (OCDE, 2011e)¹⁵. Todo indica, en definitiva, que las transformaciones familiares tensarán aún más la provisión de cuidado, en especial a los adultos mayores dependientes (OCDE, 2011c). No puede perderse de vista, sin embargo, que esta tensión afecta sobre todo a las mujeres, que son quienes todavía hoy cargan con el grueso del cuidado informal de los adultos mayores.

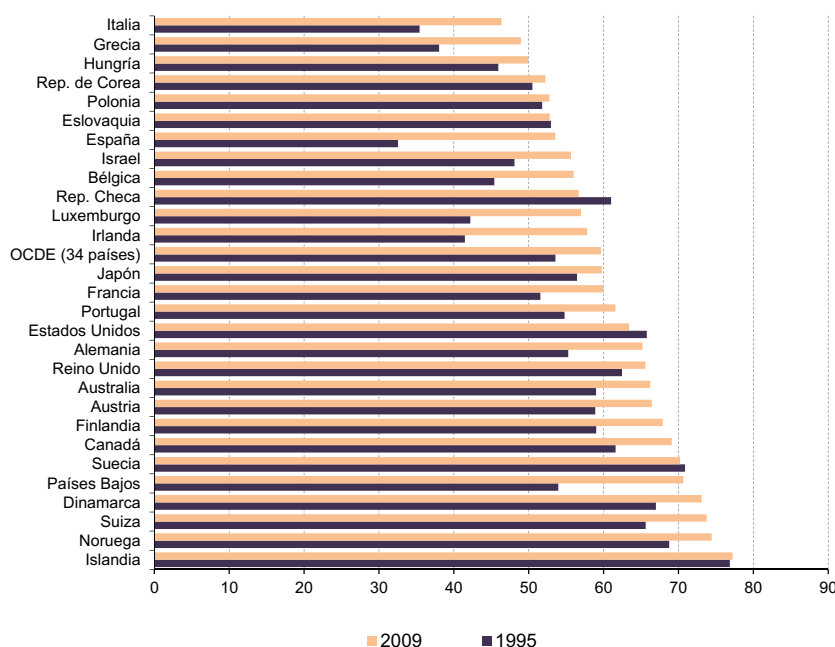
En esta línea, es innegable que el modelo de provisión de cuidados informales desde las familias se ha sostenido y se sigue sosteniendo sobre el trabajo no remunerado que realizan las mujeres. Una extensa literatura pone de relieve el rol preponderante de la mujer en estas tareas en los países desarrollados, evidenciando la situación de desventaja en que queda colocada respecto de los hombres (Budlender, 2002;

¹⁵ Ciertamente es que otros factores asociados al cambio demográfico podrían compensar en parte esta situación. Así, por ejemplo, es esperable que en el aumento de la esperanza de vida redunde en una mayor supervivencia de cónyuges, lo que aumentaría la proporción de hogares de adultos mayores en los que sobreviven ambos miembros de la pareja, incrementando así la disponibilidad de cuidado familiar (OCDE, 2011e). De hecho, estudios revelan que el incremento en la población dependiente sin disponibilidad de cuidados familiares será menor que el de quienes sí tienen disponibilidad de apoyos familiares (Gaymu, Ekamper, & Beets, 2008), por lo que es esperable que no toda la demanda de cuidados por dependencia se traslade en forma automática a demandas de servicios de cuidados de larga duración o servicios externos (no familiares).

Kalenkoski, Ribar, y Stratton, 2005; Kalenkoski, Ribar, y Stratton, 2006; Treas y Drobnic, 2010; Antonopoulos y Hirway, 2010; Miranda, 2011; OCDE, 2011c), debido a la desigual asignación social de responsabilidad que se le atribuye respecto al cuidado de quienes no pueden autovalerse o autocuidarse (OCDE, 2011a).

El ingreso de las mujeres al mercado laboral —quizá uno de los cambios más profundos que han tenido lugar en las sociedades desarrolladas en las últimas décadas (véase el gráfico 10)— no ha hecho más que llevar al límite esta desventaja, en tanto continua conjugándose con una persistente asignación de roles entre los sexos, que coloca las responsabilidades familiares a las mujeres como actividad exclusiva o bien como extensión de la jornada laboral extra-doméstica, en especial asociadas al cuidado¹⁶ (Anxo *et al.*, 2007)¹⁷.

Gráfico 10
OCDE: evolución de la participación laboral femenina (15 a 64 años), 1995-2009
(En porcentajes de la población activa)



Fuente: Elaboración en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Doing better for families*, París, OCDE, 2011a, Pág. 29.

Los tres elementos señalados (declive de población activa, cambio familiar, ingreso de las mujeres al mercado laboral remunerado) contribuyen a poner en cuestión el stock de cuidadores familiares informales (y en particular, de personas cuidadoras familiares) que históricamente ha dado respuesta las necesidades de cuidado de dependientes (tanto adultos mayores, como personas con discapacidad y niños y niñas pequeñas) en el mundo desarrollado.

¹⁶ El cuidado es uno de los componentes centrales del trabajo no remunerado que las mujeres hacen al interior de las familias (Budlender, 2002), y esta tarea no refiere únicamente a las actividades de cuidado directo, sino a la producción de un ambiente saludable, preparación de alimentos, limpieza, entre otras (Harvey & Taylor, 2000; Antonopoulos, 2009).

¹⁷ Las tendencias descritas implican que, o bien en general las mujeres trabajan en total más horas que los hombres, o bien su inserción en el trabajo remunerado es menor, y esto se debe básicamente a la carga que impone para ello el trabajo no remunerado (Miranda, 2011). En cualquier caso, es claro que las mujeres están en desventaja respecto a los hombres cuando se trata de decidir qué hacer con su tiempo y cuánto tiempo quieren dedicar a actividades remuneradas y no remuneradas (Folbre, 2004).

A estos tres aspectos se suma un fenómeno demográfico adicional que también afecta a la oferta de cuidados en el mundo desarrollado: las corrientes migratorias de “cuidadores” que van de países en desarrollo hacia el mundo desarrollado (véase el recuadro 1). Este fenómeno de cadenas globales de cuidados resulta de corrientes migratorias disparadas por la combinación de i) desigualdades en remuneración y condiciones laborales del empleo remunerado en cuidados entre países y regiones, ii) demandas crecientes de cuidado, en especial en las sociedades que están más avanzadas en la transición demográfica y iii) complementariedad de la división sexual del trabajo y de los mercados laborales a nivel global (Yeates, 2005).

C. El balance entre oferta y demanda de cuidados

Las tendencias demográficas que modifican al mismo tiempo la demanda y oferta de cuidados contribuyen a modificar la forma en que ambos elementos (demanda y oferta) se combinan y se ajustan. Este balance (o desbalance) se ve reflejado en la relación de dependencia demográfica (también denominada en la literatura relación de dependencia de edades)¹⁸. La relación de dependencia demográfica afecta el contexto global en que operan las políticas de protección social y de cuidado, el tipo de necesidades que deben afrontar y el pool de recursos con los que cuentan para hacerlo (OCDE, 2007).

En la medida en que la evolución de este indicador es una función relativamente directa de los cambios en la mortalidad, fertilidad y el saldo migratorio, es esperable que las tendencias de largo plazo en los países de la OCDE reflejen un aumento significativo. En efecto, para el promedio de la OCDE, la relación de dependencia pasará de 67 en 2000 a 88 alrededor de 2050, lo que representa un incremento de 23 puntos (véase el gráfico 11).

Gráfico 11
OCDE (29 países): evolución de la relación de dependencia demográfica
en los países de la OCDE, 2000-2050
(En razones de porcentajes)



Fuente: Elaboración en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Society at a Glance 2006*, París, OCDE, 2007.

Como en la mayor parte de los indicadores, el panorama es bastante heterogéneo. Mientras que en Turquía las proyecciones indican un descenso de la relación de dependencia demográfica de cara a 2050, en países como España, Italia, Japón o Portugal los aumentos estarán en el entorno de los 33 a los 44

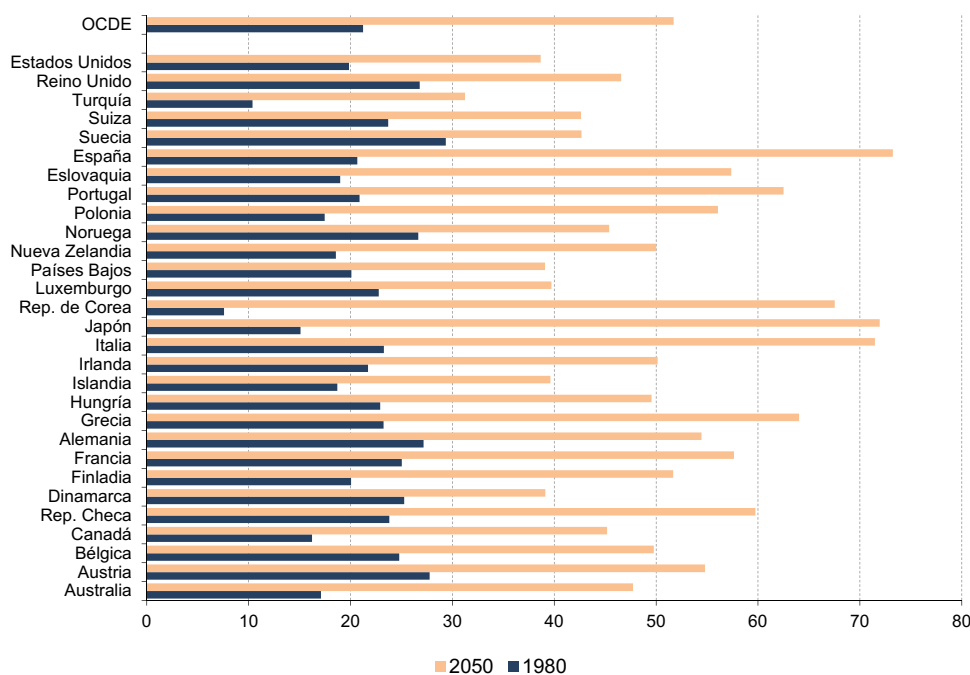
¹⁸ Para una descripción metodológica de este indicador, véase el anexo metodológico.

puntos. En España, Italia y Japón se espera que la relación supere el 100%, lo que significa que el número de potenciales dependientes excederá al número de aquellos potencialmente capaces de proveer cuidado y apoyo a estos dependientes (OCDE, 2007).

Por otro lado, si dentro de la población en etapa activa se incluye exclusivamente a la población económicamente activa (ver detalle del cálculo en el anexo metodológico), los resultados son menos alentadores aún. En la Unión Europea, el ratio de personas adultas mayores que no trabajan frente a la población en edades activas que trabaja pasará de 37% en 2007 a 72% en 2060 (Rechel *et al.*, 2013).

Al observar la relación de dependencia de población adulta mayor (*old-age dependency ratio*), en el año 2005 había, para el promedio de países de la OCDE, 24 personas de 65 y más años de edad por cada 100 personas de entre 20 y 64 años, aproximadamente un quinto más de lo registrado en 1980 (OCDE, 2006) (véase el gráfico 12).

Gráfico 12
Relación de dependencia de población adulta mayor
(old-age dependency ratio), evolución 1980-2050

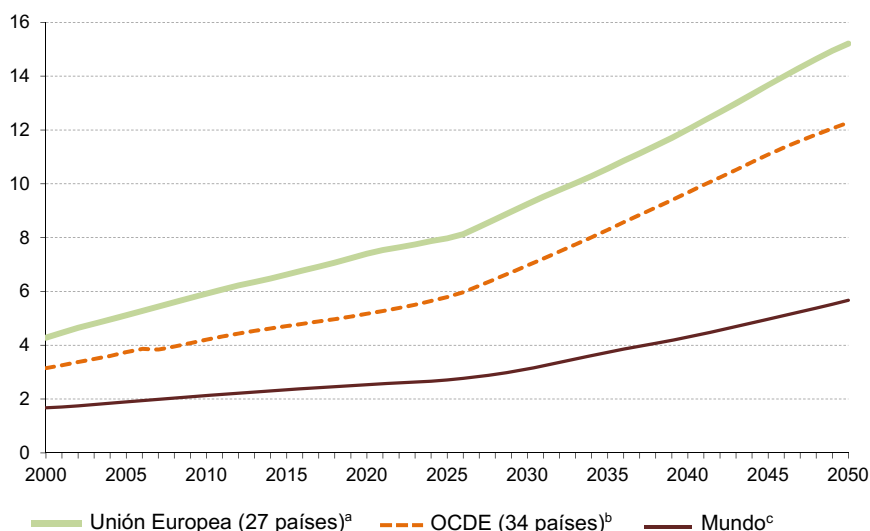


Fuente: Elaboración en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Projecting OCDE health and long-term care expenditures: what are the main drivers? Economics department working papers N° 477, OCDE, 2011.

Existen, sin embargo, diferencias importantes entre países. Mientras que la relación alcanza a niveles de entre 30% y 35% en Alemania, Grecia, Italia o Japón, en países como México o Turquía se ubica en el entorno del 10%. Para el promedio de los países de la OCDE, se espera que el ratio se duplique, y en Italia, España y Japón alcanzará el 70%.

A su vez, tendrá lugar un incremento en la relación de dependencia de población en edad avanzada (población de 81 años y más) (ver detalle del cálculo en el anexo metodológico). Se espera que esta relación pase de 3,2% en 2000 a 12,3% en 2050 para el promedio de la OCDE (OCDE, 2011b) y de 4,3% en 2000 a 15,2% en 2050 para los países de Europa (Rechel *et al.*, 2013) (véase el gráfico 13).

Gráfico 13
Relación de dependencia de población en edad avanzada en países OCDE,
de la Unión Europea y en el mundo (*very old age dependency ratio*)



Fuente: Elaboración propia en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Health at a Glance 2011*, París: OCDE, 2011b.

^a Incluye Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa y Suecia.

^b Incluye Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Países Bajos, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Rep. de Corea, Luxemburgo, México, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía.

^c A partir del World Development Indicators, incluye 214 países.

Las relaciones de dependencia generalmente usadas en la literatura parten exclusivamente de las proyecciones de población, con el supuesto de que la población en ciertos grupos de edad es 100% dependiente y la población en ciertos otros tramos etarios es 100% cuidadora. Sin embargo, aunque estas medidas son muy útiles para dar cuenta de la evolución gruesa de la demanda y oferta de cuidados desde el punto de vista demográfico, resultan insuficientes para captar otros fenómenos asociados al cuidado. Así, por ejemplo, no permiten captar adecuadamente los matices en las distintas cargas de cuidado que distintos tipos de dependientes generan y quién los asume al interior de la familia.

Así, por ejemplo, la relación de dependencia de cuidados (véase detalle en el anexo metodológico) indica que en países menos avanzados en la transición demográfica, el peso de la población de 0 a 6 años suele ser mayor, mientras que en aquellos en los que la transición demográfica se encuentra en fase avanzada cobra mayor fuerza la población adulta mayor (Budlender, 2008).

Frente a estas limitaciones, la escala de Madrid estima la demanda de cuidados a partir de proyecciones demográficas, pero incorpora a la vez el consumo de servicios de cuidado no remunerado (véase detalle en el anexo metodológico y en el recuadro 3). La escala de Madrid provee no sólo información sobre la evolución de la demanda de cuidados (a través del cálculo de las unidades de cuidado), sino que también permite establecer escenarios de previsión de producción de unidades de cuidado por parte de la población activa y, en especial, por parte de la población femenina potencialmente activa. La escala establece “que el nivel medio habitual de consumo de servicios de cuidado no remunerados en la población de edad potencialmente activa es la cifra que sirve para referencia en el cómputo, y es igual a una unidad”. En forma similar a lo establecido en la relación de dependencia de cuidados, se establece que la población más joven (0 a 17 años) y más vieja (65 años y más) consume más servicios de cuidado que la población potencialmente cuidadora (18 a 64 años). A su vez, dentro de cada uno de estos grupos se realiza una imputación desagregada. Las estimaciones para el caso español indican que, para 2010, esta población debería producir 3,72 unidades de cuidado, lo que implica un aumento de 0,12 puntos respecto a 2001 (Durán, 2005).

D. En suma

Los énfasis identificados en la literatura respecto de los impactos de las transformaciones demográficas en el mundo desarrollado en relación a las políticas de cuidado dan cuenta de tres ámbitos concatenados para el análisis y el desarrollo de metodologías para su seguimiento.

En primer lugar, la revisión de la literatura revela un sesgo importante: el desarrollo de metodologías para estimar el impacto de los cambios demográficos está mucho más centrado en la estimación de la demanda (cuánto crecerá la población que requiere cuidados, que tipos de cuidados requerirá) que en la oferta de cuidados (como variará la población cuidadora, quienes serán cuidadores), lo cual puede implicar un riesgo desde la perspectiva de invisibilizar la desigualdad de género imbricada en la organización social de éstos.

La evidencia demográfica del mundo desarrollado en relación a la demanda es más que contundente respecto al incremento que tendrá lugar en las próximas décadas respecto a la población que requerirá cuidados, donde el peso de la población adulta mayor es central. Un elemento central en las estimaciones de demanda de cuidados ha sido la investigación sobre dependencia y discapacidad severa, centrada sobre todo en la población adulta mayor, que plantea en forma bastante urgente la necesidad de generar políticas públicas anticipatorias que vayan al encuentro de los requerimientos de una población que envejece progresivamente y en la que se incrementa el contingente de adultos mayores dependientes (OCDE, 2011e).

Se espera que este incremento ocurra independientemente de los distintos escenarios que puedan ocurrir respecto a la salud (morbilidad/discapacidad) de la población adulta mayor (OCDE, 2011e). Y se esperan cambios significativos en la cantidad de personas que requerirán cuidados en el futuro, la intensidad, la duración y el tipo de cuidados que demandarán, aunque estos aspectos pueden variar significativamente dependiendo de distintos escenarios y, obviamente, entre países.

En segundo lugar, aunque los análisis sobre la oferta de cuidados son más escasos, está planteada la preocupación por la crisis que experimentan, a partir de los cambios demográficos, los sistemas de cuidado informal familiar y, en particular, el rol de las mujeres como principales proveedores de cuidado al interior de las familias. En efecto, al mismo tiempo que se aprecian tendencias de envejecimiento y modificación en la estructura de edades, tiene lugar la incorporación de las mujeres al mercado laboral y los cambios en los modelos familiares, dos transformaciones que reorientan la forma en la cual se ha organizado históricamente el cuidado de la población en situación de dependencia y que podrían contribuir a disminuir significativamente la disponibilidad de personas cuidadoras informales. Debido a estos cambios, la disponibilidad de mujeres para cuidar *full-time* a los dependientes no es idéntica a la que existía hace algunas décadas (Hernández, 1995) y no es esperable ni deseable que las sociedades modernas reviertan este avance.

Finalmente, los escenarios futuros caracterizados por un descenso marcado de la oferta de cuidados familiares y un aumento muy considerable de las demandas pronostican un marcado desajuste. De no mediar la acción de políticas públicas fuertes en la materia, con un rol garante del Estado nítido, la demanda de cuidados superaría por mucho a la oferta de cuidados (incluyendo dentro de ella no solo los cuidados familiares sino también los institucionales en los niveles actuales).

E. Cambio demográfico y políticas públicas en países desarrollados: lecciones para América Latina

Las tendencias de largo plazo sintetizadas plantean la insostenibilidad del sistema de cuidado informal y plantean la urgencia de la creación y expansión de políticas públicas que puedan sustituir a las familias o bien apoyarlas en la provisión de estos cuidados. Los incrementos en la demanda de cuidados y las perspectivas de cambio en el ámbito de los cuidados familiares previstos a partir de las proyecciones demográficas tienen un correlato evidente en las políticas públicas. La evidencia demográfica es tomada

en cuenta para el diseño de políticas en el mundo desarrollado, y también incide en la priorización estratégica de objetivos de política pública, incorporando una perspectiva de género particularmente en la reflexión sobre la oferta de cuidados y sus desafíos ante los cambios socio-demográficos identificados.

Pero aunque las tendencias demográficas interpelan a las políticas públicas desde múltiples dimensiones y ofrecen mucha información para prever los escenarios futuros en materia de demanda y oferta de cuidados, también son insuficientes para captar las dimensiones sociales y políticas de los desafíos futuros que se imponen a las políticas de cuidado. Por ejemplo, “la oferta potencial de cuidados no depende de la estructura por edad y sexo de la población”, sino de las definiciones que cada sociedad establezca respecto a, por ejemplo, quienes deben ser cuidados, quiénes deben cuidar, qué significa cuidar y ser cuidado (Durán, 2005).

Así, por ejemplo, la posibilidad de dar respuesta a las demandas futuras de cuidado predominantemente a través de recursos informales familiares es inviable por razones demográficas (cada vez existen más personas que requieren ser cuidadas y menos personas que puedan proveer cuidados) (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2005), pero también por razones sociales y políticas, en tanto el mantenimiento de estos roles refuerza la desigualdad de género, reproduce otras desigualdades y se traduce, de múltiples formas, a nuevos déficits de bienestar (OCDE, 2011a).

La combinación de los desafíos que emergen de los cambios demográficos y de aquellos vinculados con dimensiones sociales y políticas han llevado a los países desarrollados a avanzar con políticas públicas de diversa índole, todas orientadas a lograr un mejor balance (actual o futuro, o ambos) entre oferta y demanda. Algunas de ellas permiten prevenir o reducir los incrementos proyectados de demandas de cuidado, otros fortalecen la oferta desfamiliarizando el cuidado y otros establecen estrategias que optimizan la conjugación de cuidado familiar y cuidado externo. A continuación se sintetiza la evidencia sobre cómo se han abordado estos desafíos en el mundo desarrollado, buscando rescatar aprendizajes para los países latinoamericanos, más rezagados en las transformaciones demográficas.

1. Políticas que operan sobre la demanda de cuidados

Un primer grupo de políticas que emerge en la literatura busca reducir o prevenir el incremento de la demanda de cuidados en la vejez a través de acciones que contribuyan al envejecimiento saludable o envejecimiento activo, y que mejoren la situación funcional de salud de la población adulta mayor. Esto implica el desarrollo de servicios para promover el envejecimiento activo, entre otros, servicios y atención de salud, políticas de promoción de la actividad física, inserción educativa de los adultos mayores, empleo y voluntariado, inclusión social y participación, acceso a tecnologías, accesibilidad urbana, entre otros ámbitos (Rechel *et al.*, 2013).

2. Políticas que operan sobre la oferta de cuidados

Son muchas las políticas que, en las últimas décadas, los países desarrollados han venido implementando para incidir y modificar la oferta de cuidados. La mirada sobre la oferta de cuidados —y no exclusivamente sobre la demanda— es clave para evitar que las tendencias demográficas lleven las desigualdades de género a extremos inaceptables. En la medida en que la mayor parte de quienes cuidan son mujeres, las políticas en el mundo desarrollado han buscado modificar progresivamente la forma en que la división sexual del trabajo atribuye la responsabilidad del cuidado exclusivamente a las mujeres. Estas políticas se proponen derivar el cuidado a otros actores o sustituir (aunque sea parcialmente) la provisión femenina informal de cuidado, buscando atenuar la desigualdad de género.

En primer lugar destacan las políticas que crean servicios o sistemas de cuidado, tanto a través de la creación de instituciones de cuidado externo como de distintas modalidades que combinan cuidado externo con cuidados familiares o domiciliarios. Las políticas desplegadas varían significativamente de acuerdo a la población a la que están dirigidas.

Por un lado, se encuentran las *políticas destinadas al cuidado de personas adultas y adultas mayores dependientes* (véase el cuadro 2). En general, este grupo de políticas se organiza en tres grupos de servicios: i) servicios parciales o de base comunitaria (Cuidados o asistencia domiciliaria, centros

diurnos y nocturnos, teleasistencia), ii) servicios de media distancia (viviendas sin asistencia o residencias con asistencia parcial) y iii) servicios institucionales, que refieren básicamente a residencias de larga estadía y al cuidado de larga duración (en inglés, *long-term care*).

Cuadro 2
Panorama de servicios de cuidado a adultos mayores dependientes

Entorno de residencia	Servicios
Servicios de base familiar/comunitaria	Entorno familiar Teleasistencia y otras ayudas tecnológicas Servicios de ayuda en domicilio Centros diurnos o nocturnos
Servicios de media distancia	Viviendas sin asistencia Hostales/residencias
Servicios institucionales	Residencias de larga estadía, centros de cuidado de larga duración

Fuente: Silvia Gascón y Nérida Redondo, "Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia", *Serie Políticas Sociales*, N° 207, (LC/L.3875), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Publicación de las Naciones Unidas, 2014.

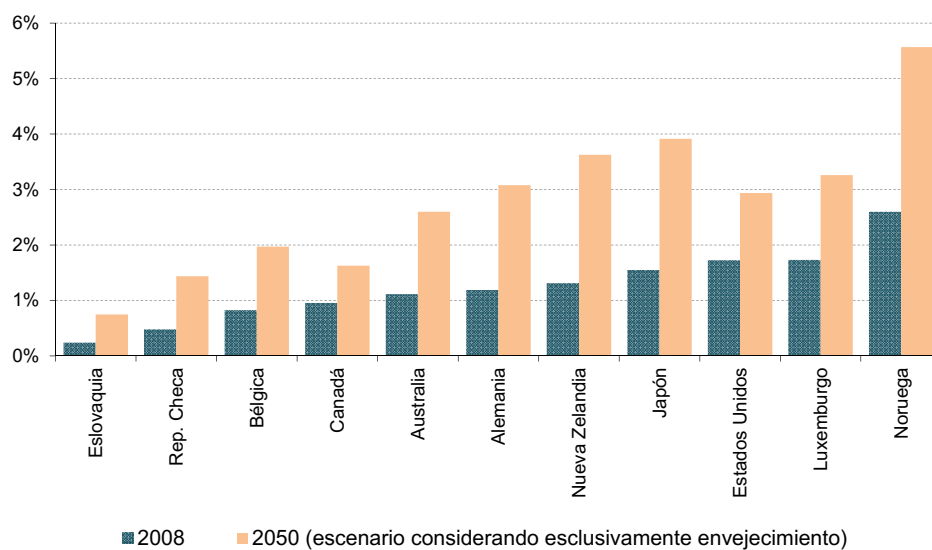
La creación de sistemas de cuidado o expansión de servicios para cubrir los incrementos de demanda de cuidados en la vejez implica la expansión de infraestructura, equipamiento, medios financieros y técnicos, todo lo cual tiene, como los estudios indican, costos elevados.

En materia de gasto, por ejemplo, las proyecciones disponibles indican que los incrementos en el peso de la población adulta mayor en el conjunto de la población contribuirán a un incremento importante del gasto en salud, servicios de cuidado de larga duración y pensiones. En el caso de la salud y los cuidados de larga duración, el rango de incremento estará entre 3,5 y 6 puntos del PIB, dependiendo de distintos escenarios (OCDE, 2006b). A su vez, las proyecciones sobre prevalencia de la discapacidad en población adulta mayor considerando exclusivamente factores demográficos indican que, en el promedio de los países de la OCDE, el gasto público destinado a cuidados de larga duración aumentará alrededor de 1,2 puntos del PIB entre 2005 (1,1%) y 2050 (2,3%) (OCDE, 2006). Asimismo, en un escenario de reducción de morbilidad/discapacidad, el gasto público en cuidados de larga duración se incrementaría en 1,9% del PIB para 2050 (promedio de los países de la OCDE). En un escenario de expansión de morbilidad/discapacidad el aumento sería de 2,8% (OCDE, 2006).

Por otro lado, se encuentran las *políticas destinadas al cuidado infantil*, con más trayectoria en los países desarrollados y que involucran distintas modalidades de cuidado externo, parcial o total. A diferencia de las políticas para cuidado de adultos mayores dependientes, la expansión de servicios de cuidado infantil no responde a un incremento proyectado de la demanda de cuidados, sino a la necesidad de las sociedades desarrolladas de responder frente a la conciliación de responsabilidades laborales y familiares, acompañando los cambios vinculados con el incremento de la participación laboral femenina y la re-estructuración de la organización social del cuidado. En la actualidad, prácticamente todos los países de la OCDE cuentan con servicios de cuidado infantil que abarcan desde los 0 a los 5 años (OCDE, 2011a). Aunque estos servicios se estructuran en formatos y modalidades muy variados dependiendo de los países, la tendencia general es la de favorecer los modelos más institucionalizados. La revisión de la experiencia en países desarrollados muestra que los servicios de cuidado infantil externo para niños y niñas menores de 3 años han ido aumentando en forma sistemática en los últimos años, básicamente en torno a dos modalidades básicas (OCDE, 2007): los servicios externos en centros y los servicios de cuidado familiar. Los primeros son básicamente centros diurnos gestionados por instituciones, generalmente en una modalidad *part-time* (4 a 5 hrs) pero que incluye la posibilidad de asistencia *full-time* (8 a 10 hrs) diaria (OCDE, 2006). También existen servicios de cuidado familiar, provistos en un hogar pero a cargo de una persona responsable calificada y registrada (OCDE, 2007).

En segundo lugar, es evidente que el incremento de las demandas de cuidado también se reflejaría en el aumento de demanda de personas cuidadoras remuneradas. Ejercicios realizados para 11 países indican que el número total de enfermeras y personal de cuidados de larga duración se incrementará entre 1% y 2% de la fuerza laboral, en promedio. En algunos países la proporción de personas ocupadas en el sector de cuidados de larga duración podría llegar a duplicarse para 2050 (véase el gráfico 14).

Gráfico 14
OCDE (países seleccionados): porcentaje de enfermeras/os y personal de cuidado de larga duración (*full-time*) en relación a la fuerza laboral proyectada



Fuente: Elaboración propia en base a Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Doing better for families*, París, OCDE, 2011e.

Estas proyecciones, sin embargo, tienen como supuesto que no existen cambios en la relación personas cuidadoras/personas cuidadas, lo que, como se señaló en secciones anteriores, parece poco probable, no solo por el aumento de la demanda sino por los cambios en la población que provee cuidados.

En respuesta a esto, buena parte de los países desarrollados que han expandido sus servicios de cuidado y han apostado al mismo tiempo a la creación de sistemas de políticas en este campo se han enfrentado a la necesidad de fortalecer a quienes desempeñan tareas de cuidado en forma remunerada. La evidencia en general indica que las y los trabajadores de cuidados están poco calificados o peor calificados que personas que trabajan en ocupaciones similares, tienen peores ingresos¹⁹ y son predominantemente mujeres (OCDE, 2011d). A su vez, al interior del empleo remunerado en cuidado se observa un alto nivel de rotación e informalidad (OCDE, 2011b).

En tercer lugar, además de la creación de servicios, que reducen presiones que imponen las demandas de cuidado sobre las y los cuidadores familiares (básicamente mujeres), los desafíos de los escenarios demográficos que atraviesan los países desarrollados requieren políticas que contribuyan a flexibilizar las barreras entre cuidado externo y cuidado familiar. Muchos países desarrollados han apostado a la creación de políticas de corresponsabilidad de la vida laboral y doméstica, para evitar que la carga de trabajo no remunerado se convierta en un obstáculo a inserciones laborales exitosas de las mujeres, así como para promover el involucramiento progresivo de los hombres en la responsabilidad del cuidado. Las *licencias*, las que intervienen sobre las secuencias diarias y semanales que involucran las

¹⁹ En general, los estudios revelan que el trabajo en cuidados tiende a ser peor remunerado que otras ocupaciones cuando se controla por educación, experiencia laboral previa y otras características del empleo (OCDE, 2011a).

actividades productivas y reproductivas²⁰, suelen estar acotadas a promover la corresponsabilidad del cuidado de los niños y niñas pequeñas y no suelen existir dispositivos extendidos de licencias laborales para el cuidado de otros dependientes.

En materia de cuidado de niños y niñas pequeñas, existen tres tipos de mecanismos legales que permiten beneficios para personas ocupadas en empleos formales y con hijos e hijas pequeñas (Bruning y Plantenga, 1999): licencias maternales que establecen el derecho de las mujeres a no trabajar luego del parto y en general, en la etapa del término del embarazo²¹, licencias paternales que establecen el derecho de los padres empleados a no trabajar en el día de parto y posteriores, y licencias parentales, diseñadas en principio como complementaria a las otras dos y pueden ser utilizadas por cualquiera de los dos progenitores, generalmente por períodos más extensos y orientadas más claramente a resolver las necesidades de cuidado del niño en forma más prolongada (Drew, 2005; (OCDE, 2012a). En el mundo desarrollado las licencias maternales están ampliamente extendidas, aunque con variaciones respecto al período de duración del beneficio son importantes²² (OCDE, 2012a), así como también en relación a la proporción del ingreso que reemplazan, la fuente del financiamiento del reemplazo salarial, el grado de universalidad previsto —es decir, a qué colectivos de trabajadoras cubre a priori— y el proceso de reinserción en el empleo (OCDE, 2012a). Más allá de esto, la tendencia de los países desarrollados en las últimas décadas ha sido la de impulsar otras licencias, sobre todo las licencias parentales, con el objetivo de apoyar a las familias en un período más extendido de tiempo que supera las demandas de cuidado que se concentran en el período inmediatamente posterior al parto²³. La evidencia respecto al impacto que las licencias parentales pueden tener sobre una posible redistribución de la carga de trabajo no remunerado entre hombres y mujeres es todavía débil (Bruning y Plantenga, 1999), aun cuando en algunos países se observan ciertos cambios alentadores respecto al involucramiento masculino en las tareas de cuidado infantil, no así en el trabajo doméstico más rutinario (Kitterød y Pettersen, 2006).

Por otro lado, y vinculado con lo anterior, varios países han avanzado en la implementación de *arreglos laborales flexibles* que contribuyen a generar entornos laborales que facilitan el balance entre el trabajo remunerado y las demandas de cuidado al interior de las familias. Dentro de estas iniciativas se encuentran la flexibilización de los horarios de entrada y salida al trabajo (adaptada a los horarios de los servicios de cuidado o escolares), trabajo remoto o desde el hogar y trabajo a media jornada, sin pérdida salarial (O' Brien, 2012). Los arreglos laborales flexibles parecen estar extendiéndose rápidamente en el mundo desarrollado, especialmente en lo que hace a reducción de jornada laboral y tiempos de trabajo flexible. Pero en general, la mayor parte de los arreglos son utilizados por mujeres para el cuidado de hijas e hijos pequeños, y la participación de los hombres en estas modalidades parece ser todavía incipiente (OCDE, 2011a). Adicionalmente, la evidencia reciente indica que son las y los trabajadores de mayores ingresos los que suelen acogerse a la posibilidad de los arreglos flexibles, y que los sectores del empleo donde existe predominio masculino la oferta es bastante más limitada (O' Brien, 2012).

²⁰ Son, desde este punto de vista, “secuenciadoras” (Monge, 2008).

²¹ El derecho a la licencia por maternidad forma parte de la normativa internacional desde hace ya varias décadas y se encuentra reconocido por la OIT en distintos instrumentos (Convenio sobre la protección de la maternidad de 1919, Recomendación sobre Protección Maternal, de 1952; Convenio sobre la protección de la maternidad del 2000; Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 198).

²² Mientras algunos países cuentan hoy con normativas que ofrecen a las mujeres períodos que superan ampliamente las recomendaciones establecidas por la OIT (14 semanas), otros países, ofrecen licencias de duración máxima de 12 semanas. Un ejemplo en este último sentido y que destaca como un ejemplo paradigmático de debilidad de políticas en el campo de las licencias es el de Estados Unidos (Kammerman, 2000; Bradshaw & Finch, 2002).

²³ En efecto, aunque mucho más recientes que las licencias por maternidad (alrededor de los 80 y 90 en Europa), las licencias parentales han entrado rápidamente a la agenda de las políticas de familia, tanto como instrumentos que pueden contribuir a mejorar la conciliación entre el empleo y el trabajo no remunerado, buscando mejorar la situación de las mujeres en el mercado laboral, como acciones orientadas a disminuir las desigualdades que surgen por la forma en que cada familia opera en el proceso de responder a las demandas de cuidado que tienen niñas y niños. En la actualidad, 31 países de la OCDE tienen algún tipo de licencia parental (OCDE, 2012a), aunque con políticas que difieren significativamente en términos de período de duración y momento en que la licencia puede ser utilizada, titularidad (individual o familiar, es decir, uno de los progenitores o uno de ambos pueden usar el beneficio) (Bruning & Plantenga, 1999), transferibilidad del beneficio (Moss & O' Brien, 2006), la flexibilidad y posibilidad de combinación con modalidades de empleo *part-time* (Ray, Gornick, & Schmitt, 2008) y el porcentaje del ingreso que es reemplazado. También los datos respecto a la cobertura y uso efectivo de las licencias parentales reflejan un panorama muy diverso (OCDE, 2010).

II. América Latina: elementos para estimar el impacto de las transformaciones demográficas en las demandas de cuidado y de éstas en las políticas

En las últimas décadas se ha ido consolidando una importante base de estudios e investigaciones que dan cuenta de las transformaciones demográficas que atraviesa América Latina. Al igual que ocurre en el mundo desarrollado, América Latina viene experimentando cambios de envergadura que están contribuyendo a modificar los rasgos demográficos de nuestras sociedades y que pueden clasificarse en dos grupos: aquellos que modifican la demanda de cuidados y aquellos que modifican la oferta de cuidados.

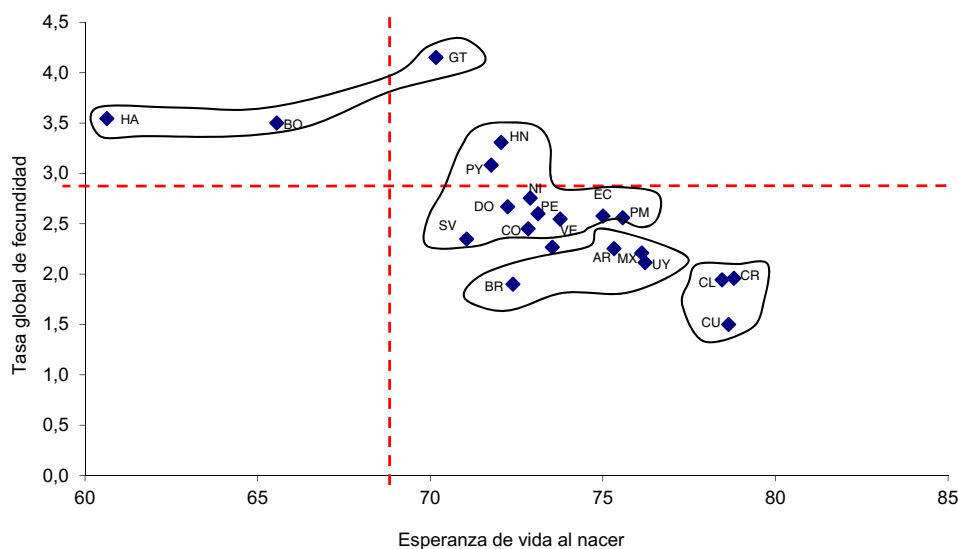
A. Impactos sobre la demanda de cuidados

Desde hace varias décadas, se registra en América Latina un marcado descenso en la fecundidad, aunque estratificada según niveles socioeconómicos, lo que ha llevado a un descenso marcado de la natalidad. Asimismo, se registra una caída significativa de la mortalidad, y un incremento marcado de la esperanza de vida.

Sin embargo, no todos los países se encuentran en la misma etapa del cambio demográfico. CEPAL (2010a) identifica cuatro grandes grupos. El primer grupo contiene a los países que están menos avanzados en la transición demográfica (Guatemala, Haití, el Estado Plurinacional de Bolivia). Estos países tienen todavía tasas de fecundidad relativamente altas y esperanzas de vida más bajas que el promedio regional. El segundo grupo presenta tasas intermedias de fecundidad, pero con trayectorias diversas. Algunos países (Colombia, el Ecuador, El Salvador, Panamá, el Perú, la República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela) lograron bajas tempranas en la fecundidad, mientras que otros han tenido un descenso en la fecundidad más reciente (Honduras, Nicaragua y el Paraguay). Un tercer grupo (conformado por la Argentina, el Uruguay, el Brasil y México) presenta una convergencia importante en sus tasas de

fecundidad —aunque con niveles de partida y evoluciones distintas—, que se combina con niveles elevados de esperanza de vida (en general por encima del promedio regional). Finalmente, Cuba, Costa Rica y Chile constituyen el grupo más avanzado en el proceso de transición demográfica, exhibiendo tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y esperanzas de vida superiores a los 78,5 años (CEPAL, 2010a) (véase el gráfico 15).

Gráfico 15
América Latina y el Caribe (21 países): ubicación de los países según la situación de su transición demográfica, 2005-2010



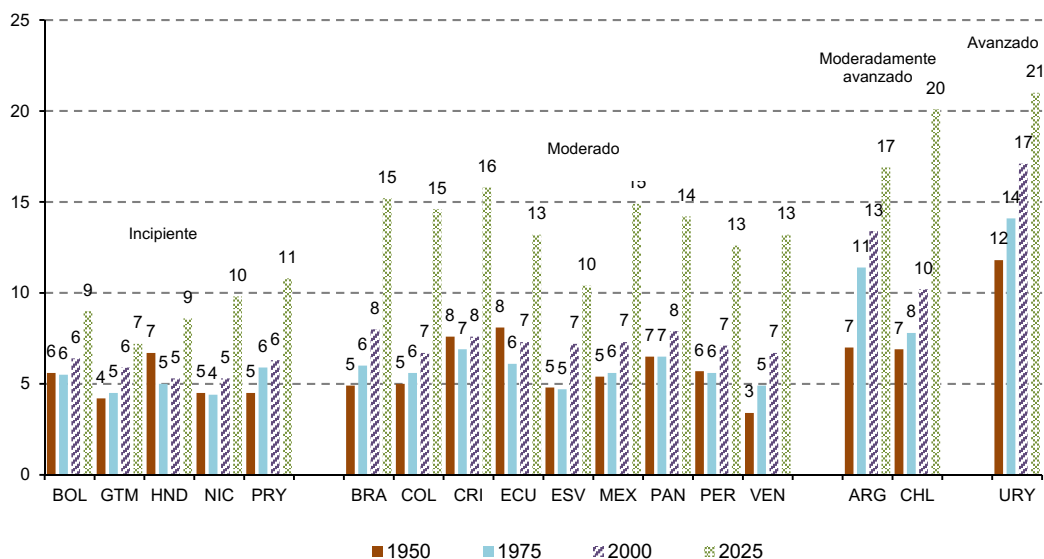
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 2010a.

Como resultado de estos elementos la estructura de edades de las sociedades latinoamericanas está cambiando. La región avanza en un proceso de envejecimiento que está contribuyendo a modificar la estructura por edades de la población. En efecto, mientras en 1950, las niñas, los niños y las y los jóvenes tenían un peso predominante en la pirámide de población latinoamericana, en 2010 esta imagen ya había cambiado radicalmente y el peso relativo de las generaciones adultas y adultas mayores había aumentado, básicamente debido al descenso de la fecundidad y de la mortalidad. Las proyecciones de población indican que ambos procesos continuarán operando, contribuyendo a un envejecimiento aún mayor. Como resultado, para el año 2050 los distintos grupos de edad tenderán a tener un peso similar y la región presentará una población envejecida (UN-DESA, 2007). Así, mientras que en 1975 la población de 60 años y más representaba apenas el 8% del total de la población latinoamericana, en el año 2025 esta proporción se habrá duplicado (15%) y se espera que en 2050 este grupo etario represente un cuarto (24%) de la población de la región (González Ollino y Huenchuan, 2009).

Existen, sin embargo, diferencias importantes entre los países. Algunos países (Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y el Paraguay) se encuentran todavía en una fase de envejecimiento incipiente (González Ollino y Huenchuan, 2009), con un peso relativo de la población mayor de 60 años de alrededor de entre 5% y 7% en el año 2000, y una proyección de aumento hacia 2025 hasta llegar al entorno del 10%. Otro grupo de países (el Brasil, Colombia, el Ecuador, El Salvador, México, Panamá, el Perú y Venezuela), que suele ser categorizado como con “envejecimiento moderado”, presentaba en el año 2000 una proporción de adultos mayores de entre 7% y 8%. Las perspectivas de crecimiento de este segmento poblacional para estos países en 2025 indican que los adultos mayores pueden llegar a representar cerca del 15% del total de la población. Un tercer grupo está conformado por Chile y la Argentina, dos países en etapa moderadamente avanzada de envejecimiento. En el año 2000, la proporción de personas mayores de 60 años representaba el 10% y

el 13% respectivamente y se espera que para 2025 estos valores lleguen a 20% y 17% respectivamente. Finalmente, el Uruguay destaca como el país más envejecido entre los 17 países de la región considerados en el gráfico 16: en el año 2000 las personas adultas mayores representaban ya el 17% del conjunto de la población y se espera que para 2025 sean aproximadamente el 21%.

Gráfico 16
América Latina (17 países): porcentaje de población de 60 años y más, por países, según etapas del envejecimiento, 1950-2050

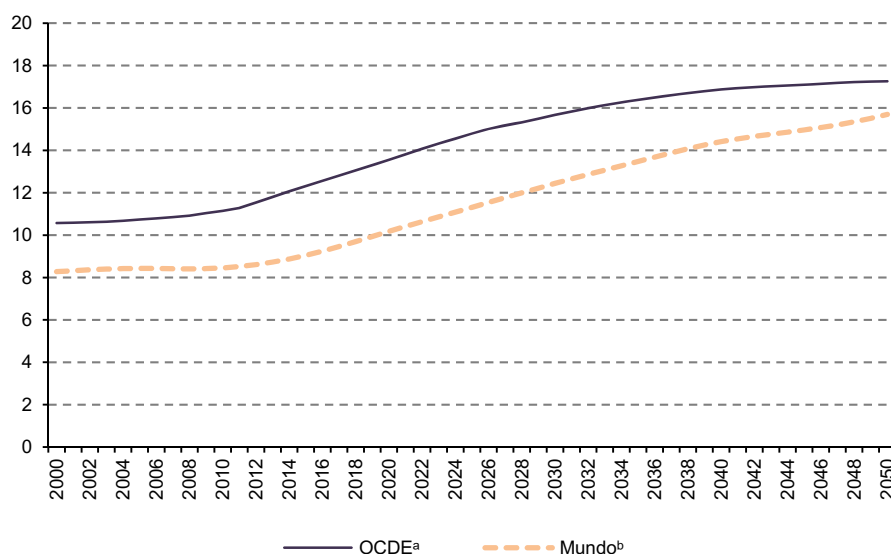


Fuente: Elaboración propia en base a Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, 2009.

El proceso de envejecimiento poblacional plantea desafíos importantes para los sistemas de protección social y las políticas de cuidado en América Latina. Lo hace, sin embargo, imponiendo distintos niveles de urgencia y complejidad. Desde una perspectiva general, es esperable que el proceso de envejecimiento imponga nuevas demandas a los sistemas de salud, en especial de apoyos y servicios formales de cuidado para personas adultas mayores, así como de enfermos crónicos. El panorama se complejiza cuando se considera que el proceso de envejecimiento latinoamericano estaría caracterizado por un avance en la supervivencia debido a la reducción de la exposición a enfermedades infecciosas más que a las mejoras significativas en las condiciones de vida de la población (Palloni, Peláez y De Vos, 2000). Adicionalmente, los sistemas de jubilaciones y pensiones se enfrentarán a una presión creciente.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que los diferenciales en la mortalidad y esperanza de vida por sexo contribuyen a feminizar la vejez (Perez Díaz, 2000; Del Poppolo, 2001; UN-DESA, 2007; Huenchuan, 2009a; CEPAL y UNFPA, 2009). Considerando un promedio de 17 países de América Latina, por cada 100 hombres de 60 años y más hay 119 mujeres en ese mismo tramo etario. En la actualidad, la feminización alcanza niveles muy altos en varios países: por ejemplo, en el Uruguay, esta tendencia indica que hay 145 mujeres por cada 100 hombres, y en la Argentina, 138 mujeres por cada 100 hombres. Pero las diferencias entre hombres y mujeres en la vejez van mucho más allá de estas cifras. La viudez es experimentada en mayor medida por las mujeres (Gonnot, 1995) y la probabilidad de éstas de residir solas es mayor. En la mayor parte de los países latinoamericanos la proporción de adultas mayores que viven solas ha ido en aumento y está desmarcada de la registrada para los hombres (véase el gráfico 17). Esta tendencia se ha tornado especialmente notoria en varios de los países más envejecidos de la región, como la Argentina, el Uruguay, el Brasil o Chile.

Gráfico 17
América Latina (19 países): personas de 60 años y más que viven solas,
según sexo, censos de 1990 y 2000
 (En porcentajes)



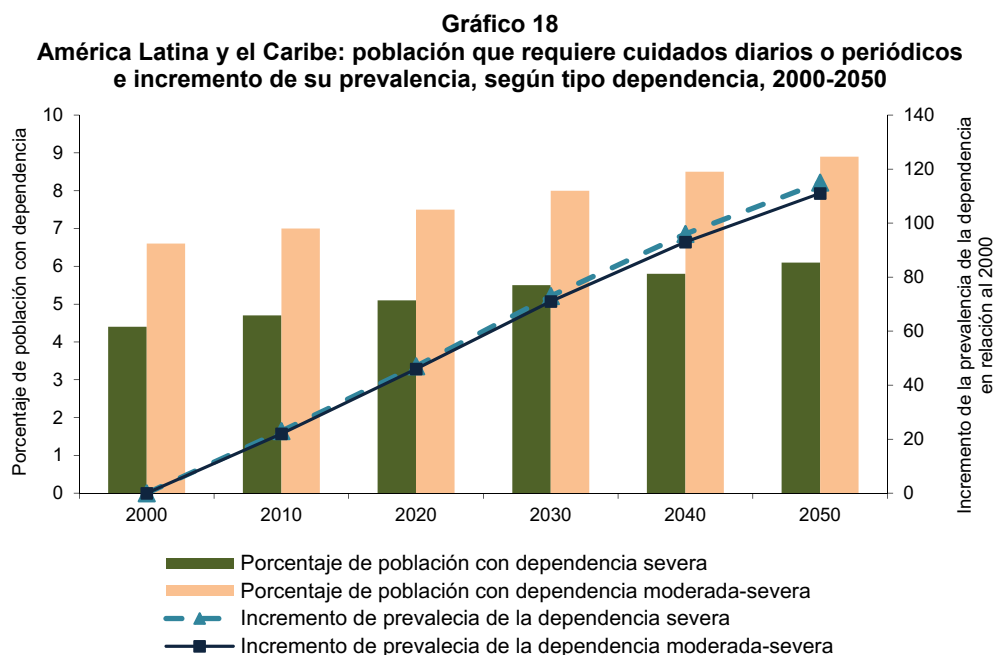
Fuente: Elaboración en base a Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, 2009.

A esta tendencia debe sumarse el que las inserciones laborales más inestables y precarias que experimentan las mujeres en la etapa activa en comparación con los hombres condicionan, como se adelantó en el capítulo anterior, un menor acceso a prestaciones asociadas la seguridad social (Marco Navarro, 2004). De esta forma, puede preverse una situación compleja si se considera que la región deberá enfrentar los desafíos derivados de una población adulta mayor principalmente femenina, con bajos o nulos ingresos propios y con altas necesidades de cuidado o carga de trabajo de cuidado no remunerado.

Por otro lado, vale la pena señalar que un componente importante a la hora de estimar demandas futuras de cuidado está vinculado a las proyecciones sobre como transitará la población adulta mayor sus últimos años desde una perspectiva de salud y autonomía. Aunque en América Latina existen todavía pocos estudios para dimensionar la prevalencia de dependencia, algunas estimaciones permiten aproximarse al problema. La evidencia disponible indica una proporción no menor de personas con limitaciones en las actividades de la vida diaria que aumenta a medida que avanza la edad, especialmente en las actividades instrumentales de la vida diaria (Saad, 2003). En Chile, por ejemplo, aproximadamente una de cada cuatro personas de 60 años y más presentaban en 2009 dificultades para realizar actividades de la vida diaria, y alrededor de un 10% tenía discapacidad severa. Además, se observa una altísima proporción de personas en situación de dependencia entre adultas y adultos mayores de 85 años (SENAMA, 2009). En México, 12 de cada 100 adultos de 60 años y más requieren de algún tipo de ayuda para realizar sus actividades diarias, entre ellas, desplazarse fuera del hogar y manejar su dinero (INEGI, 2014).

Estimaciones para toda América Latina y el Caribe prevén grandes aumentos de la prevalencia de la dependencia moderada y severa: “se espera que las personas con dependencia moderada-severa se dupliquen entre 2000 y 2050, pasando de 23 millones a 50 millones” (CEPAL, 2010a) (véase el gráfico 18). El análisis de estas estimaciones por grupos de edades confirma la estrecha relación entre dependencia y envejecimiento, así como entre dependencia y pobreza (CEPAL, 2010a)²⁴.

²⁴ La estimación toma como referencia un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002), que estimó la población que necesita cuidados según dos niveles de dependencia. “El primer nivel es el severo, que incluye a las personas que por su condición precisan asistencia diaria, y el segundo es el nivel moderado-severo, que agrega a aquellas que eventualmente pueden requerir ayuda periódicamente” (CEPAL, 2010a).



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 2010a.

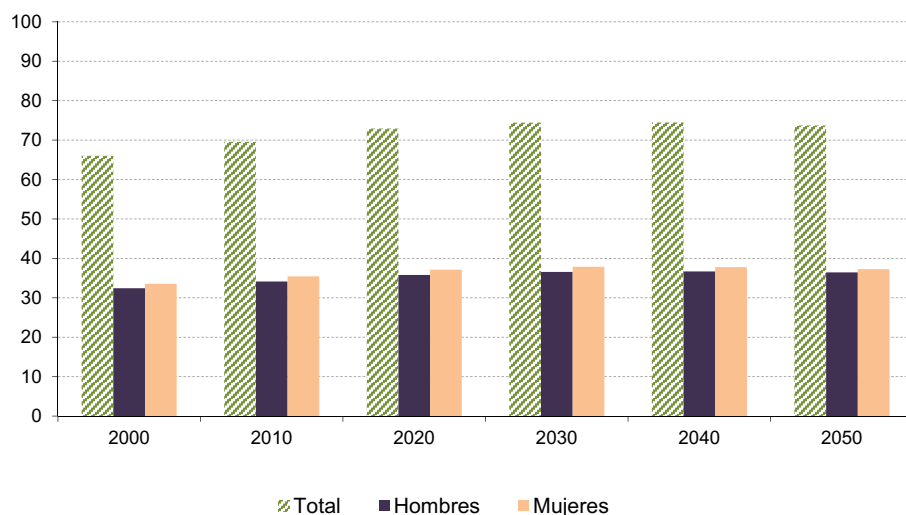
B. Impactos sobre la oferta de cuidados

Tres transformaciones inciden en la oferta de cuidados (presente y futura) de América Latina, ante la actual organización social de los cuidados, marcada por la desigualdad de género en su provisión: la modificación en la estructura de edades, las transformaciones familiares y los cambios en la participación laboral femenina.

El primer elemento a tener en cuenta es que las estructuras de edades de las sociedades latinoamericanas experimentarán cambios muy profundos. Aunque con variaciones importantes dependiendo del estadio en que los países se encuentran en el proceso de transición demográfica, hacia 2050 “todos los grupos quinquenales menores de 40 años experimentarán una merma absoluta, mientras que los mayores de 60 años presentarán las cifras positivas más altas [...]. Los países que se encuentran en plena transición demográfica presentan el mayor crecimiento absoluto en los grupos de edades centrales, mientras que los más avanzados en la transición ya registran un mayor aumento de personas de 60 años y más” (CEPAL, 2010a, pág. 212).

Como resultado de esta tendencia, la oportunidad demográfica de contar con personas cuidadoras se reducirá para el período 2000-2050, puesto que en total no alcanzará a una persona por cada miembro que precisará ayuda. En América Latina, las proyecciones demográficas indican que, al menos en las próximas 4 décadas, esta relación permanecerá relativamente estable (CEPAL, 2010a), aunque se registrarán variaciones importantes entre países: mientras que en algunos países el descenso de la demanda de cuidados ofrece un margen importante para anticiparse a la presión que ejercerá el proceso de envejecimiento, en otros países (más avanzados en la transición demográfica) se experimentará una reducción o estancamiento en la disponibilidad de cuidadores y cuidadoras (véanse los gráficos 19 y 20). Cabe destacar que lo anterior supone una estimación a partir de la cual la relación de personas potencialmente cuidadoras y personas que requieren de cuidados fuera una a una, situación que no sucede en la práctica ante una estructura social marcada por la desigual división sexual del trabajo y la resistencia de los varones a ejercer trabajo de cuidados.

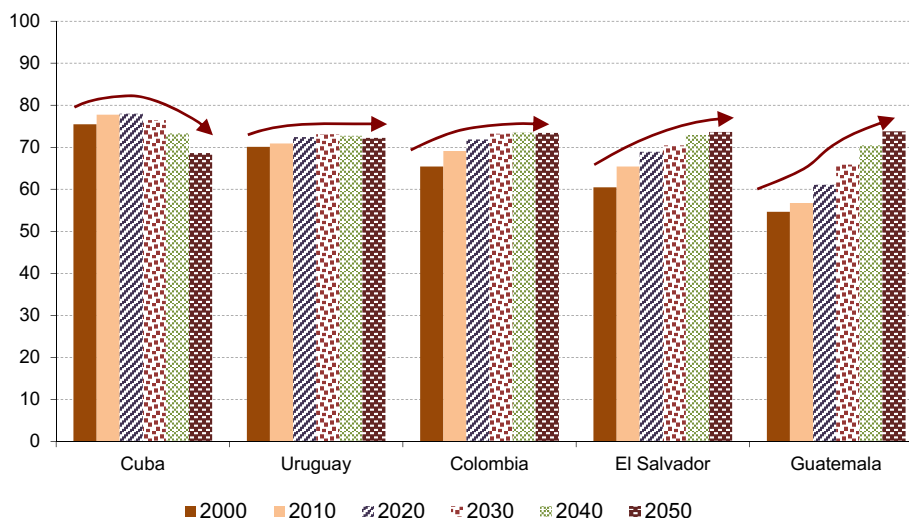
Gráfico 19
América Latina: potenciales personas cuidadoras según sexo^a, 2000-2050



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 2010a.

^a Por cada 100 personas con necesidad de cuidados. Los potenciales cuidadores se definen como aquellas personas en edades de 15 a 74 años y su porcentaje se calcula sobre el de la población total, masculina o femenina, según corresponda.

Gráfico 20
América Latina (países seleccionados): potenciales personas cuidadoras, 2000-2050
(Por cada 100 personas que requerirán de cuidados)

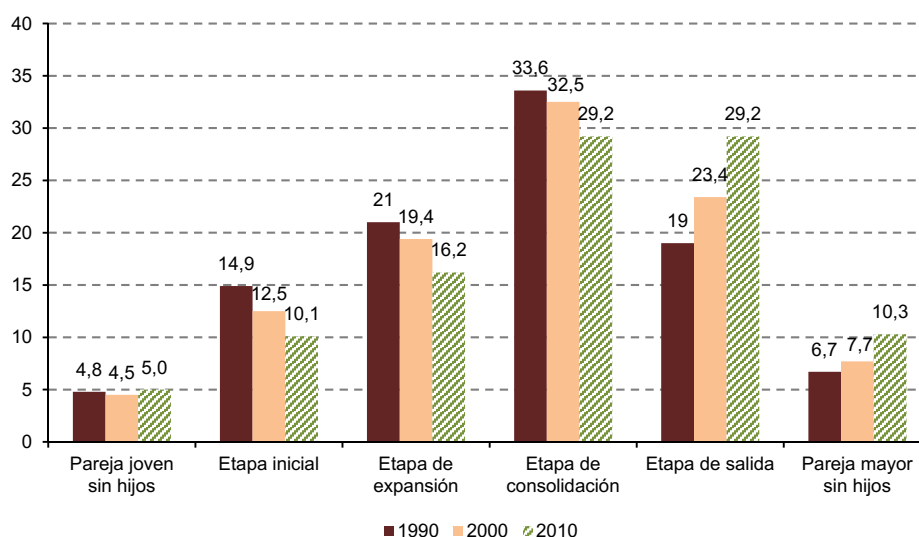


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 2010a.

En relación al segundo elemento, al igual que en el mundo desarrollado, las familias latinoamericanas están experimentando cambios profundos. El tamaño medio de los hogares se ha reducido (CEPAL, 2005) y los procesos de formación de familias en América Latina se han modificado (Arriagada, 1998; Rico y Maldonado, 2011; Rossel, 2013b). Así, por ejemplo, entre 1990 y 2010, el porcentaje de familias biparentales nucleares disminuyó de 51% a 40%, mientras que los hogares

unipersonales pasaron de representar el 7% al 12% del conjunto. Asimismo, la proporción de hogares monoparentales nucleares pasó de 9% a 12%. También se observa un aumento significativo de la jefatura femenina en hogares monoparentales (CEPAL, 2010b), que entre 1990 y 2010 pasó de 10% a 12% (Rossel, 2013b)²⁵. Finalmente, al considerar la evolución de los hogares según la etapa del ciclo de vida en la que se encuentran, es notorio el incremento de la proporción de hogares en etapa de salida de los hijos e hijas (del 16,2% al 24,6%), así como de las parejas mayores sin hijos e hijas convivientes (del 6,6% al 10,1%). Esto modifica las condiciones en que se estructura el cuidado dentro de los hogares, planteando un escenario en el que, con mayor frecuencia que nunca antes, las personas adultas mayores convivirán exclusivamente con sus cónyuges (véase el gráfico 21).

Gráfico 21
América Latina (18 países): evolución de los hogares según etapas del ciclo de vida familiar, 1990-2010
(En porcentajes)



Fuente: Cecilia Rossel, *Políticas para las familias en América Latina: Panorama de políticas de reducción de pobreza y conciliación entre trabajo-familia*, United Nations Department and Social Affairs, 2013b.

En relación al tercer elemento, no cabe duda que el ingreso masivo de las mujeres al mercado laboral ha significado un cambio profundo. Entre 1990 y 2009, la tasa de participación laboral de las mujeres de 15 años y más pasó de 39% a 52%, mientras que entre las de 25 a 54, pasó de 48% a 66%. Este proceso interpela el modelo tradicional de hombres empleados y mujeres en el hogar que cuidaban de niños, niñas y otras personas dependientes, lo que constituye sin duda una buena noticia. No obstante, es relevante indicar que el incremento en la participación laboral femenina pareciera haberse estancado durante la última década; así, entre 2008 y 2013, ésta se ha elevado tan sólo de 52% a 53% en la población de 15 años y más²⁶. Detrás de esta tendencia podrían encontrarse las barreras que enfrentan, especialmente, las mujeres para insertarse plenamente en el mercado del trabajo en igualdad de condiciones que los hombres, no sólo asociadas a la discriminación laboral vigente en el sistema, sino también a las responsabilidades de cuidado que ellas asumen desigualmente, ante la resistencia de los varones para ejercer este trabajo y el déficit de políticas públicas en este ámbito apreciable en la región.

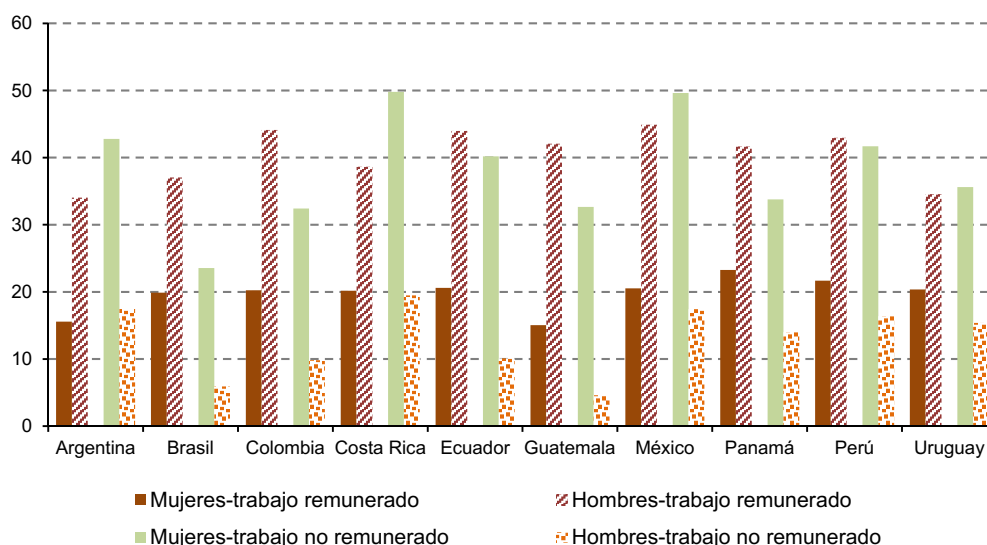
²⁵ Aunque las familias biparentales continúan siendo el modelo predominante de familia en la región, el incremento sostenido de hogares monoparentales y con jefatura femenina es notorio. Esta transformación es una muestra de riesgos que emergen a partir del cambio de pautas en la nupcialidad, que se traduce, por ejemplo, en hogares en los que las tareas de cuidador y proveedor se concentran en un mismo adulto.

²⁶ De acuerdo a datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Estadísticas, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares. Considera el promedio ponderado para 18 países de América Latina, incluyendo solamente áreas urbanas en el caso de la Argentina.

Para ilustrar esta situación, baste considerar la variación en la participación laboral de las mujeres entre 15 y 49 años en América Latina según la diversa composición de sus hogares frente a sus necesidades de cuidado infantil en 2012: mientras en hogares sin niños ni niñas la participación laboral de las mujeres entre 15 y 49 años llegaba a 64%, en hogares con niñas y/o niños entre 6 y 14 años descendía a 61%, y en aquellos donde niñas y niños tenían menos de 6 años, lo hacía aún más hasta llegar a 54% (CEPAL, 2014). Estos datos muestran la estrecha relación que existe entre demandas de cuidado al interior de los hogares y participación laboral femenina, indicando que la variable de ajuste siguen siendo las mujeres frente a su incremento.

La información proveniente de las encuestas de uso del tiempo permite corroborar que la distribución desigual del trabajo remunerado y no remunerado entre hombres y mujeres latinoamericanos no se ha modificado. Dicho en otras palabras, los hogares latinoamericanos no han avanzado significativamente en la democratización de los espacios privados debido a la modernidad (Espejo, Filgueira y Rico, 2010). El resultado de esta combinación es que la carga total de trabajo de las mujeres (la cantidad de horas que trabajan, sumando actividades remuneradas y no remuneradas) es significativamente mayor a la carga total de trabajo de los hombres (CEPAL, 2010a) (véase el gráfico 22). De esta forma, es esperable que esta situación no se alterará de no mediar transformaciones sustantivas a la actual organización social de los cuidados, anticipando la mayor demanda de cuidados que la región enfrentará en el mediano plazo, de manera que ésta no sea absorbida por las mujeres de manera no remunerada, como principal respuesta frente a su ocurrencia.

Gráfico 22
América Latina (7 países): tiempo destinado al trabajo remunerado y no remunerado,
población ocupada de 15 años y más, último período disponible
(Promedio de horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Asuntos de Género, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe.

Con este panorama, no es llamativo esperar que las demandas de cuidado tensen la tradicional división sexual del trabajo, configurando así una “crisis del cuidado” (Rico, 2011). Es importante destacar, además, que en América Latina la carga de trabajo no remunerado tiende a ser más alta entre las mujeres pobres, debido a que son ellas quienes enfrentan mayores obstáculos para traspasar la tarea de cuidado a otras personas o comprar servicios en el mercado, vía servicios o empleo doméstico, en contraste con el mayor margen que tienen las mujeres de ingresos medios y altos (CEPAL, 2010a).

En suma, las transformaciones demográficas antes reseñadas han modificado las condiciones sobre las que se resolvían —y aún se siguen resolviendo— las necesidades de cuidado a través, principalmente, de las familias²⁷, y dentro de ellas, de las mujeres (CEPAL, 2010b; Montañó y Calderón, 2010; CEPAL, 2010a; Huenchuan, 2009a). Pese a que proporcionalmente los cuidadores familiares parecen menos viables desde el punto de vista demográfico, cultural y social, la evidencia disponible en varios países de América Latina confirma el predominio familiar y femenino en el cuidado de las personas adultas mayores y la importante carga horaria que éstas dedican a actividades y tareas de cuidado de esta población (Aguirre y Batthyány, 2005; Aguirre, 2007; Espejo *et al.*, 2010; CEPAL, 2013).

A esto se suma otro dato importante: buena parte de estos cambios están siendo procesados en forma muy estratificada (véase el recuadro 2). Dos elementos destacan aquí. Por un lado, la fecundidad ha descendido en forma mucho más marcada entre las mujeres más educadas y de mayor nivel de ingresos que entre los sectores menos educados. Como resultado, la región presenta en forma sistemática un perfil de la pobreza infantilizado (CEPAL, 2010a) y las mejoras recientes de la pobreza en la región no han solucionado este problema de desbalance generacional, por el contrario, lo han agravado (Rossel, 2013a)²⁸. Este dato contrasta con las tendencias del mundo desarrollado, donde la pobreza infantil es similar e incluso inferior a la pobreza en la población adulta o respecto a la media de pobreza nacional (Rossel, 2013a). Por otro lado, la participación laboral de las mujeres de los sectores menos educados ha aumentado pero lo ha hecho en forma mucho menos marcada que entre quienes tienen un mayor nivel educativo. Este fenómeno es el resultado de estrategias adaptativas ante la necesidad de combinar trabajo remunerado y cuidado en la etapa reproductiva (CEPAL, 2010a; Espejo *et al.*, 2010; CEPAL, 2012a).

Recuadro 2 **Estratificación del cambio demográfico en América Latina**

Las transformaciones demográficas que atraviesa América Latina no son experimentadas de la misma forma ni al mismo ritmo por todos los países. Pero además, buena parte de los cambios se procesan en forma estratificada al interior de cada país, afectando en forma distinta a distintos sectores sociales.

Así, por ejemplo, la caída de la fecundidad que ha tenido lugar en la región ha sido bastante más marcada en los sectores de más ingresos y menos importante entre las mujeres más pobres (CEPAL, 2012b). En la mayor parte de los países latinoamericanos, el número promedio de hijos entre mujeres de menor nivel educativo más que duplica la cantidad de hijos por mujer de nivel educativo superior. Estas distancias, además, no solo no se han reducido en las últimas décadas sino que parecen ir en aumento (CEPAL, 2012b). Esta tendencia se verifica con especial intensidad en el caso de la fecundidad adolescente. La reducción de la maternidad adolescente ha sido considerablemente menor a la fecundidad total en América Latina y está caracterizada por una fuerte desigualdad según el nivel de ingreso de las adolescentes y su pertenencia étnica (Rodríguez, 2014).

El resultado de ello es que los niños y las niñas tienen mayor probabilidad de nacer en hogares pobres que no pobres y que, progresivamente, la pobreza se asocia cada vez más a las generaciones más jóvenes.

Otro proceso demográfico que viene procesándose en forma estratificada es la asunción de roles adultos en la juventud. Al igual que en otras regiones de mundo, en promedio la adolescencia y juventud en América Latina vienen postergando la asunción de los roles adultos o, en términos opuestos, prolongando la etapa juvenil. Este cambio, sin embargo, no afecta a todas y todos las y los adolescentes y jóvenes por igual sino, que, por el contrario, se ha convertido en un proceso muy estratificado. Esta estratificación se asocia a condicionantes estructurales (C. Filgueira, 1998) asociados a clivajes de desigualdad, que se traduce básicamente en una dilatación de asunción de roles adultos en los sectores más educados y de más ingresos en contraste con la asunción temprana en sectores de menores ingresos (Ullmann, 2015).

²⁷ Datos de la Encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) de inicios de los 2000 llevada a cabo en varios países indican que una alta proporción de las personas adultas mayores (60 años y más) en siete ciudades latinoamericanas (Buenos Aires, Bridgetown, San Pablo, Santiago, La Habana, Ciudad de México, Montevideo) recibía apoyo de sus familias para desarrollar actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria. En Chile, por ejemplo, este dato alcanzaba al 52% de esta población (Saad, 2003).

²⁸ Si bien en términos absolutos la pobreza infantil ha disminuido, la estructura etaria del bienestar se ha deteriorado con mayor concentración de la pobreza en la infancia.

Recuadro 2 (conclusión)

Las diferencias en las rutas de emancipación de adolescentes y jóvenes de distintos estratos socioeconómicos son enormes. También hay fuertes distancias entre hombres y mujeres de distintos estratos. Mientras que en los sectores de más ingresos la tendencia es a dilatar la tenencia de hijos, la salida del sistema educativo, la entrada al mercado laboral y la emancipación del hogar de origen, en los sectores más pobres estos eventos ocurren mucho antes en el tiempo. Por otro lado, en los sectores de mayores ingresos se observa una convergencia en la participación laboral de hombres y mujeres, pero este patrón no se confirma en los sectores de bajos ingresos, donde las desigualdades de género —debido a distintas restricciones y a ausencias de apoyos para el cuidado— operan como un obstáculo a la inserción en el mundo productivo (CEPAL, 2011).

Estas trayectorias reflejan al menos tres rutas diferentes de transición a la adultez. Una primera ruta implica mantenerse en el sistema educativo durante la mayor parte de la adolescencia y la juventud —aun cuando esto pueda combinarse con entradas y salidas del empleo— lo que permite maximizar la acumulación de oportunidades para el ingreso al mercado laboral y la asunción de otros roles adultos. Una segunda ruta involucra el abandono educativo temprano y el ingreso también temprano al mercado laboral, aunque en general en situación de informalidad y precariedad. La tercera ruta implica la deserción temprana de la educación que no se combina con una inserción al mercado laboral, y que se traduce en una situación de desafiliación institucional que, de mantenerse por un período prolongado, estructura una situación de exclusión que se acarrea a la adultez (CEPAL, 2011).

Un tercer proceso demográfico que también se presenta con una pauta estratificada es el cambio familiar. Aunque las familias biparentales continúan siendo el modelo predominante de familia en la región, el incremento sostenido de hogares monoparentales y con jefatura femenina es notorio. Esta transformación es una muestra de riesgos que emergen a partir del cambio de pautas en la nupcialidad, que se traduce, por ejemplo, en hogares en los que las tareas de cuidador y proveedor se concentran en un mismo adulto. Más relevante se torna aún si se considera que en el primer quintil de ingresos este tipo de hogares —nuclear monoparental con jefatura femenina— pasó de 8% a 12% entre 1990 y 2010 (frente a una evolución del 7% a 9% en el quintil de más ingresos).

Fuente: Elaboración en base a Carlos Filgueira, *Emancipación Juvenil: Trayectorias y Destinos* (LC/MVD/R.154), Oficina de la CEPAL Montevideo, Montevideo, Publicación de las Naciones Unidas, 1998; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 2011; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina 2011* (LC/G.2514-P), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 2012b. Santiago de Chile: CEPAL; Jorge Rodríguez, *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010* (LC/W.605), Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 2014; Heidi Ullmann, “La salud y las juventudes latinoamericanas y caribeñas”, en Daniela Trucco y Heidi Ullmann (eds), *Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad* (LC/G.2647-P), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 2015.

C. El balance entre oferta y demanda de cuidados

Estas tendencias de largo plazo plantean cambios en las relaciones de dependencia. El rédito del bono demográfico, generado por la mejora en la relación entre población activa y población dependiente que se da debido a la baja de la fecundidad, comienza a agotarse. Aunque la región todavía tiene chances de sacar provecho del “bono demográfico” (Bertranou, 2008; CEPAL, 2009; CEPAL, 2016), en algunos países la etapa en la que todavía es posible sacar “rédito fácil” de esta combinación comienza a extinguirse (CEPAL, 2010a). El período de tasas declinantes de dependencia llega a su fin en los próximos 10 años en los países más avanzados y hacia el año 2050 en los países más tardíos.

Como resultado, las proyecciones muestran una caída de la demanda de cuidados en el corto plazo, pero un aumento de la demanda de cuidados para las próximas décadas. Según CEPAL (2010a) la relación de dependencia de cuidados (véase el recuadro 3 y el anexo metodológico) pasará de 35 personas que requieren cuidados por cada 100 potenciales personas cuidadoras en el año 2000, básicamente por el peso relativo de las niñas y los niños, a aproximadamente 24 personas a ser cuidadas por cada 100 personas cuidadoras en 2050. Aunque en comparación con el mundo desarrollado las tendencias son auspiciosas, en 2040 se produce una inflexión que el comienzo de una fase expansiva en la demanda, básicamente por el aumento de la población adulta mayor (véase el gráfico 23).

Recuadro 3
Medidas de relación de dependencia: dependencia de cuidados,
escala de Madrid y escala de Santiago

Relación de dependencia demográfica: La relación de dependencia demográfica (o relación de dependencia de edades) es una medida de la estructura de edades de la población, que relaciona el número de individuos considerados potencialmente dependientes de la ayuda de otros para su vida cotidiana —población de 0 a 20^a años y de 65 años en adelante— con el número de individuos que son potencialmente capaces de proveer ese apoyo (OCDE, 2007).

Un valor alto en este indicador sugiere que existe una presión alta sobre la población cuidadora —20 a 64 años— en tanto deben cuidar más población dependiente, además de cuidarse a ellos mismos.

Relación de dependencia de cuidados: A diferencia del indicador de relación de dependencia demográfica (que solo involucra una medida de dependencia financiera), la relación de dependencia de cuidados busca reflejar la carga relativa de cuidados impuesta a los cuidadores en una sociedad determinada.

Para la construcción de la relación de dependencia de cuidado se distingue entre quienes requieren de cuidado intensivo (niños de 0 a 6 años, y personas de 85 años y más) y quienes necesitan de un cuidado menos intensivo (niños de 7 a 12 años y personas de 75 a 84 años). A los primeros se les otorga un peso de 1, mientras que a los segundos se les otorga un peso de 0,5. El grupo de potenciales cuidadores incluye a la población de 15 a 74 años y se les otorga un peso de 1 y la población de 13 o de 14 años no está incluida en los cálculos, bajo el supuesto de que proveen más o menos la misma cantidad de cuidado que requieren (y su inclusión cambiaría en forma engañosa los resultados).

El cálculo que se realiza es el siguiente:

Población que requiere cuidados:

A = 0-6 años; peso = 1

B = 7-12 años; peso = 0,5

C = 75-84 años; peso = 0,5

D = 85+; peso = 1

Potenciales cuidadores:

E = 15-74 años; peso = 1

Relación de dependencia de cuidados = (A+B+C+D)/E

De la misma forma que en la relación de dependencia demográfica, la relación de dependencia de cuidados es definida a partir de grupos de edad, lo que contribuye a subestimar el número de personas que requieren de cuidados, en tanto no considera a la población con discapacidad o enferma que puede necesitar cuidados por parte de otras personas (Budlender, 2008). El indicador tampoco toma en cuenta el hecho de que todas las personas, en cualquier edad, requieren de cierta cantidad de cuidado por parte de otros (Budlender, 2008). Al igual que el resto de las relaciones de dependencia, la relación de dependencia de cuidados permite desagregar los componentes que conforman tanto la carga de población a ser cuidada como la potencial población cuidadora (Budlender, 2008).

La **escala de Madrid** es un instrumento utilizado para estimar la demanda de cuidados a partir de proyecciones demográficas y estimando el consumo de servicios de cuidado no remunerado. La escala establece “que el nivel medio habitual de consumo de servicios de cuidado no remunerados en la población de edad potencialmente activa es la cifra que sirve para referencia en el cómputo, y es igual a una unidad”. En forma similar a lo establecido en la relación de dependencia de cuidados, se establece que la población más joven (0 a 17 años) y más vieja (65 años y más) consume más servicios de cuidado que la población potencialmente cuidadora (18 a 64 años). A su vez, dentro de cada uno de estos grupos se realiza una imputación desagregada:

Imputación de demanda de servicios de cuidado por grupos de edad:

De 0 a 4 años = 2

De 5 a 14 años = 1,5

De 15 a 17 años = 1,2

De 18 a 64 años = 1

De 65 a 74 años = 1,2

De 75 a 84 años = 1,7

85 años y más = 2

Las *unidades de demanda de cuidados* para cada grupo de edad se calculan multiplicando la cantidad de población de cada grupo por el ponderador correspondiente a ese grupo. La cantidad de unidades de demanda que recaen sobre las mujeres en edad potencialmente activa indica el escenario extremo en el que la prestación de servicios de cuidado recaiga solo sobre ellas, para cada grupo de edad. En el ejemplo aplicado a la población española, cada mujer de 18 a 64 años de edad provee un trabajo de cuidado que equivale al que necesitan 3,64 personas en edad potencialmente activas. “Si se asume como hipótesis que en este grupo de edades centrales todo el mundo se atiende a sí mismo, todavía quedan 1,63 unidades de cuidado que tiene que satisfacer cada mujer de esa edad, correspondientes a la demanda de niños, adolescentes y personas mayores. Si los varones de edades centrales no se atendieran a sí mismos, esto recargaría el trabajo potencial de las mujeres en 1,77 unidades como promedio para cada una, con lo que alcanzaría las 3,40 unidades de cuidado por mujer” (Durán, 2005).

Recuadro 3 (conclusión)

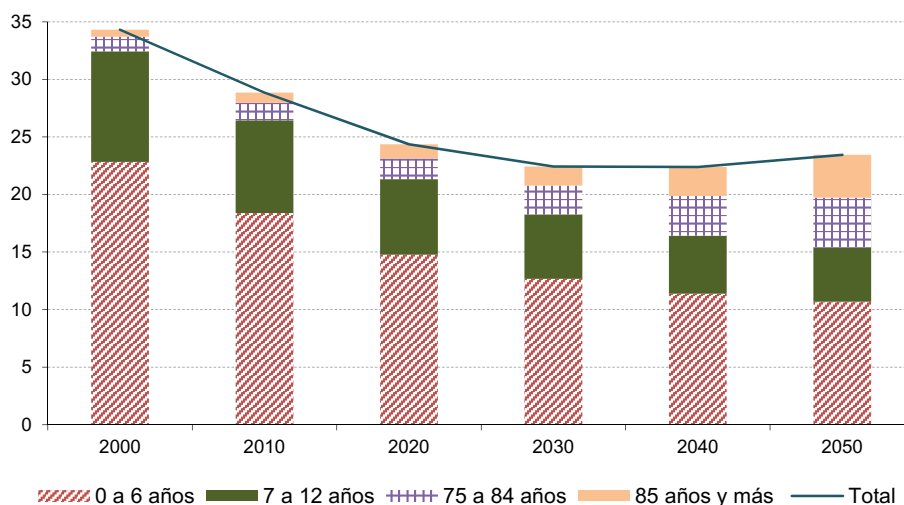
En 2010, se realizaron algunas modificaciones al indicador construyendo la **escala de Madrid II**. En esta segunda etapa se ajustaron los grupos de edad para acomodar los definidos en el *World Population Prospects* (el grupo central es de 15 a 64 años en lugar de 18 a 64 años) (Durán, 2012). Por otro lado, “en la escala de Madrid II no se diferencia entre la demanda satisfecha por cuidadores no remunerados del propio hogar (automantenimiento, cuidado familiar), cuidadores individuales remunerados o no remunerados residentes en otros hogares, cuidadores pertenecientes a empresas privadas, servicios públicos y voluntariado)” (Durán, 2012: 434).

La **escala de Santiago** surge en 2008 con un ejercicio de un grupo de especialistas de adaptación de la escala de Madrid I a un grupo de países de América Latina. El ejercicio mantenía como elemento común la demanda del grupo de edad central planteado en la escala de Madrid (15-64), ponderada con un punto. A partir de ahí cada especialista elaboró una escala para el contexto de su país con el concepto básico de cuidado en el hogar (y no el de trabajo no remunerado en general, aplicado en la escala de Madrid). El detalle del proceso de elaboración de la escala de Santiago puede consultarse en Durán (2012, pág. 435-439).

Fuente: Elaboración en base a Debbi Budlender, “The Statistical Evidence on Care and Non-Care Work across Six Countries”, *Gender and Development Programme Paper*, N°4, Ginebra, UNRISD, 2008; María Ángeles Durán, *El trabajo no remunerado en la economía global*, Bilbao, Fundación BBVA, 2012.

^a El límite suele variar. Muchas estimaciones consideran también 15 años como el umbral para la población dependencia

Gráfico 23
América Latina: relación de dependencia de cuidados^a, 2000-2050



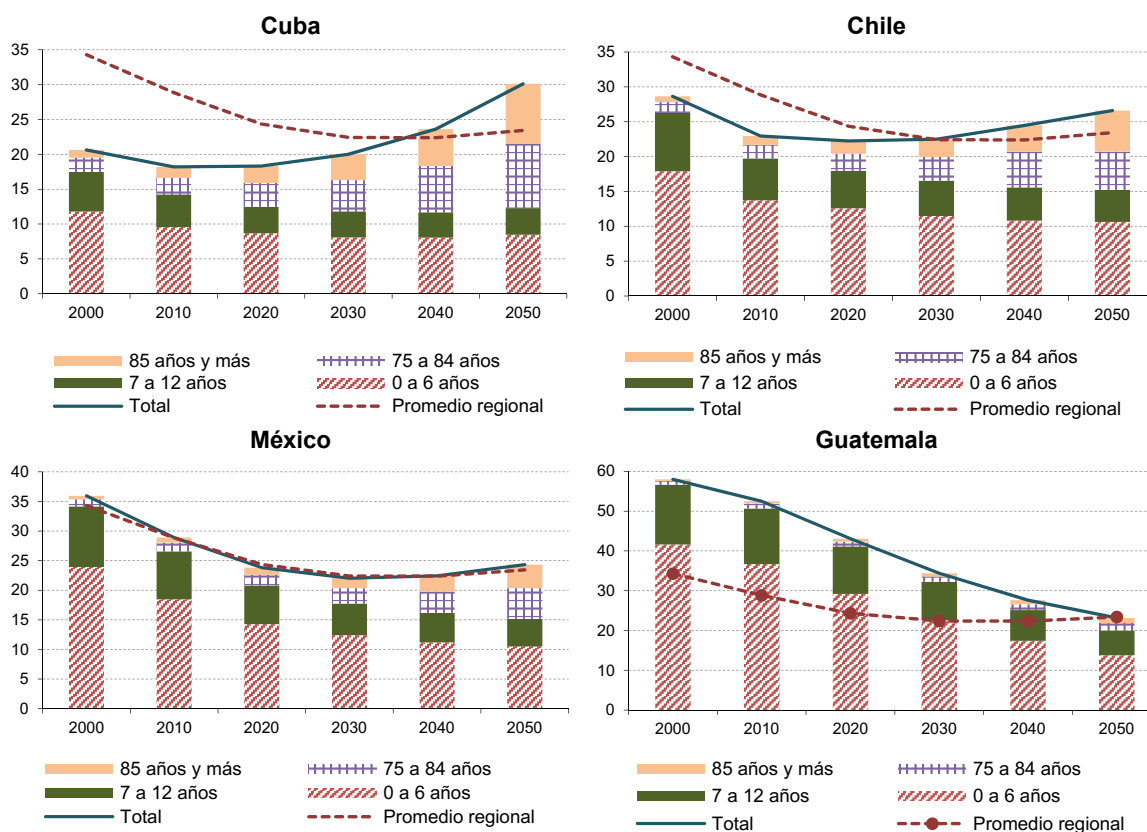
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 2010a.

^a La *relación de dependencia de cuidados* refleja la carga relativa de apoyo que recae sobre los potenciales cuidadores en una sociedad determinada. La dependencia se define a partir de grupos de edad: niños de 0 a 6 años = 1 unidad de cuidado; 7 a 12 años = 0,5 unidades, personas de 75 a 84 años = 0,5 unidades, mayores de 85 años = 1 unidad de cuidado.

El gráfico 23 refleja que “si bien en la región se está enfrentando hoy una amplia demanda de cuidados concentrada en la niñez, la composición por edades de la población con necesidad de ayuda está en proceso de transformación, y a futuro disminuirá la carga de cuidado de los niños pero aumentará de forma simultánea la de las personas de edad, aunque con notables diferencias entre las trayectorias que seguirán los países” (CEPAL, 2010a).

Es importante tener en cuenta, sin embargo, que existe una gran heterogeneidad entre los países y que no todos transitarán el mismo trayecto en términos de la demanda futura de cuidados. Mientras que países como Cuba experimentan desde 2010 un marcado aumento de la carga de cuidados que se agudiza a partir de 2040 por el peso de la carga en edades avanzadas, en Chile el aumento de la demanda de cuidados tendrá lugar recién a partir de 2030 por los efectos del envejecimiento poblacional (véase el gráfico 24).

Gráfico 24
América Latina (países seleccionados): relación de dependencia de cuidados^a, 2000-2050



Fuente: Tomado de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Panorama Social de América Latina 2009 (LC/G.2423-P), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 2010a.

^a La *relación de dependencia de cuidados* refleja la carga relativa de apoyo que recae sobre los potenciales cuidadores en una sociedad determinada. La dependencia se define a partir de grupos de edad: niños de 0 a 6 años = 1 unidad de cuidado; 7 a 12 años = 0,5 unidades, personas de 75 a 84 años = 0,5 unidades, mayores de 85 años = 1 unidad de cuidado.

Un ejercicio similar utilizando la escala de Madrid muestra, para el total de América Latina y el Caribe, el incremento de demanda de cuidado que tendrá lugar en las próximas décadas. Las columnas C y D del cuadro 3 muestran las estimaciones de demanda de cuidados aplicando la Escala de Madrid II (véase el recuadro 3 y el anexo metodológico). La columna E plantea un escenario hipotético en el que todas las demandas de cuidado fueran cubiertas por el trabajo de la población de 15 a 64 años (es decir, un escenario de ausencia completa de servicios públicos de cuidado). En este escenario, en 1950 cada individuo en etapa activa debía proveer 2,8 unidades de cuidado (una para sí mismo, 0,9 unidades para el cuidado infantil y 0,1 unidades para el cuidado de personas de 65 años y más). En 2010 la carga de cuidados decrece a 2,2 unidades, producto del bono demográfico. En 2050, sin embargo, la carga de cuidados proyectada ascenderá a 2,5 unidades, y la composición de esa carga se modificará significativamente, incrementándose el peso de la carga en la población adulta mayor.

Es importante tener en cuenta que la aplicación de la Escala de Santiago prácticamente duplica las demandas de cuidado estimadas. Por otro lado, el escenario teórico planteado en la columna E no toma en consideración que, al menos bajo las condiciones actuales, no es esperable que el total de la población activa se haga carga de las demandas proyectadas de cuidado, en tanto la distribución del trabajo de cuidado en América Latina está fuertemente recostado sobre las mujeres. Un escenario más realista, de división de las unidades de cuidado sobre la población femenina en etapa activa duplicaría rápidamente los ratios (Durán y Milosavljevic, 2012).

Cuadro 3
Demanda de cuidados por grupos etarios en América Latina y el Caribe (1950, 2010 y 2050)

	(A) Población (en millones)			(B) Población (en porcentajes)			(C) Unidades de cuidado ^a (en millones)			(D) Unidades de cuidado ^a (en porcentajes)			(E) Ratio unidades de cuidado/ población de 15 a 64 años		
	1950	2010	2050	1950	2010	2050	1950	2010	2050	1950	2010	2050	1950	2010	2050
Total de la población	167,3	588,6	729,2	100	100	100	268,1	853,8	1156,4	100	100	100	2,8	2,2	2,5
Población de 0 a 4 años	26,9	53,0	40,5	161	90	56	80,6	157,9	121,6	30,1	18,6	10,5	0,9	0,4	0,3
Población de 5 a 14 años	40,4	109,8	83,7	242	187	115	80,9	219,6	167,5	30,2	25,7	14,5	0,9	0,6	0,4
Población de 15 a 64 años	94,1	385,1	462,8	563	654	635	94,1	385,1	385,1	35,1	45,1	40,0	1,0	1,0	1,0
Población de 65 a 80 años	5,2	32,1	142,1	3,1	5,4	195	10,3	64,1	64,1	3,8	7,5	27,6	0,1	0,2	0,6
Población de 80 años y más	0,7	8,7	40,1	0,4	15	55	2,1	26,1	26,1	0,8	3,1	10,4	0,0	0,1	0,3
Ratio unidad de cuidados/total de la población	1,6	1,5	1,6												

Fuente: María Ángeles Durán y Vivian Milosavljevic, *Unpaid Work, Time use surveys and Care Demand Forecasting in Latin America*, Documentos de Trabajo N° 7, Fundación BBVA, 2012.

^a Ponderado por la Escala de Madrid II: 0 a 4 años = 3 unidades de cuidados, 5-14 años = 2 unidades de cuidado, 15-64 años = 1 unidad de cuidados, 65-80 años = 2 unidades de cuidado y Más de 80 años = 3 unidades de cuidado.

D. Las políticas públicas y los principales cambios que se requiere realizar para acompañar las transformaciones demográficas en la región

La revisión de la literatura presentada aquí da cuenta de los desafíos y urgencias que las transformaciones demográficas imponen y seguirán imponiendo a los países de América Latina respecto del diseño de políticas de cuidado que puedan hacer frente a éstas. Los cambios en la estructura de edades, producto del descenso de la fecundidad y la mortalidad, se trasladan a cambios profundos en las relaciones de dependencia. La ventana de oportunidad que ofrece el bono demográfico se está agotando en varios países, mientras que para los países menos avanzados en la transición demográfica los márgenes, aunque aún razonables, se van acortando (CEPAL, 2016).

Sumado a esto, el proceso de envejecimiento, aunque también con variaciones importantes entre países, indica un horizonte complejo: en los próximos 35 años, el peso relativo de la población adulta mayor aumentará en forma muy marcada. Aunque la región no cuenta todavía con estimaciones finas similares a las existentes en el mundo desarrollado, los análisis basados exclusivamente en tendencias demográficas prevén un incremento también marcado de las demandas de cuidado y un cambio en el peso relativo de esas demandas, con un menor peso relativo de las demandas de cuidado de niñas y niños pequeños y un mayor peso de las demandas de cuidado de las personas adultas mayores dependientes. Se espera, por tanto, que se incremente la demanda de servicios de salud especializados en la atención de esta población, así como de servicios de cuidado informal y formal (por ejemplo, cuidados en residencias de larga duración). Aun así, también se espera un incremento en la presión de las demandas de cuidado sobre las familias, las que, de mantenerse la actual estructura fundada en la desigual distribución sexual del trabajo de cuidados y el limitado acceso a políticas públicas y servicios de cuidado, terminará recayendo sobre las mujeres. Asimismo, debe también considerarse la mayor presión que estas transformaciones demográficas implicarán sobre los sistemas de salud y de pensiones, con repercusiones en la matriz de bienestar y en la dimensión fiscal asociada considerables.

El panorama regional pone de relieve muchos puntos en común con las tendencias que emergen en el mundo desarrollado. Sin embargo, existen también algunas diferencias importantes que no pueden ser obviadas.

En primer lugar, una parte importante de los países desarrollados cuentan con modelos de bienestar en los que el Estado ocupa un papel preponderante. En muchos de estos países, especialmente de Europa occidental, la combinación de Estado-mercado-familia-comunidad para la provisión de bienestar tiene al Estado como un actor clave para resolver las principales necesidades de bienestar de la población y esto también aplica al cuidado. La gran mayoría de los países de América Latina, en cambio, están lejos de contar con estados de bienestar consolidados. La región recorrió un camino distinto en la urbanización, industrialización y consolidación de mercados laborales formales (Tokman, 2006; Filgueira, 2007), que llevó a que solo un puñado de países hayan llegado a niveles de bienestar razonables, aunque todavía alejados de los registrados en Europa. Sin embargo, en estos casos la arquitectura de los estados sociales están disociadas de las estructuras de riesgos de sus poblaciones y sigue anclada en el modelo de empleo formal, orientado al jefe de hogar, con esquemas biparentales nucleares estables (Filgueira, 2007). Como resultado, el acceso a la protección social contributiva es muy limitado (CEPAL, 2012a) y está muy estratificado. En consecuencia, importantes sectores de la población no acceden a la protección social o sólo acceden a prestaciones sociales vía dispositivos no contributivos. A esto debe sumarse la reflexión realizada sobre la necesaria consideración de una perspectiva de igualdad de género al centro de las matrices de bienestar. La discusión sobre el reconocimiento de la contribución invisibilizada realizada al bienestar por parte de las mujeres a través del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado ha derivado en su consideración en el análisis de los regímenes de bienestar y sus implicancias para proveerlo de una manera en que avance en su creciente y deseable desmercantilización y desfamiliarización (Daly y Lewis,

2000; Draibe y Riesco, 2009; Esping-Andersen y otros, 2002). Pese al destacable rol jugado por el movimiento feminista en el posicionamiento de este asunto, su atención y traducción concreta en enfoques de políticas de cuidado con una perspectiva integrada es todavía incipiente (CEPAL, 2016).

En segundo lugar, y pese a la notable reducción en los niveles de pobreza y desigualdad por ingresos que América Latina ha experimentado en la última década, continúa siendo la región más desigual del mundo. Esto impone desafíos adicionales para acompañar las políticas a las demandas crecientes de cuidado.

En tercer lugar, la región experimenta una profundización del desbalance etario del bienestar en detrimento de la primera infancia y la infancia que se evidencia en un incremento de la sobrerrepresentación de los niños y niñas más pequeñas en la pobreza cuando se los compara con otros grupos etarios (Rossel, 2013a) y que ocurre en el ya mencionado contexto generalizado de reducción de pobreza. La comparación de los datos de los países de América Latina con los de países desarrollados podría indicar que “al avanzar en la transición demográfica y en el desarrollo económico-social, las naciones tienden, de no mediar acciones explícitas que operen sobre estas tendencias, a concentrar los riesgos en las edades más tempranas” (Rossel, Filgueira y Rico, 2015). Si bien en el mundo desarrollado existen variaciones importantes, la concentración de déficits de inversión en la primera infancia y la infancia observable en los países de América Latina destaca y es una variable que debe ser tomada en cuenta en la planificación de cualquier escenario estratégico relacionado con oferta y demanda de cuidados, sobre todo cuando la proporción de población infantil tienda a descender de acuerdo a las proyecciones demográficas.

En cuarto lugar, las tasas de participación femenina de la región se mantienen todavía bastante por debajo de los parámetros de los países desarrollados. Algo similar ocurre con las tasas de ocupación. Pero más allá de los niveles, lo más relevante son las configuraciones de desigualdad que están asociadas a la dinámica de los mercados laborales latinoamericanos.

En quinto lugar, y asociado a lo anterior, tanto en el mundo desarrollado como en América Latina el impacto de las crecientes demandas de cuidado sobre la igualdad de género son enormes. Pero en los países de América Latina urge el desarrollo de políticas estatales de cuidado que rompan el tradicional vínculo entre ser mujer y el rol de cuidar, ante todo, desde un enfoque de derechos y una perspectiva de igualdad de género, a lo que se suma la necesidad de incrementar los niveles de participación laboral femenina experimentados en la región. Lo anterior trae asociado la posibilidad real de que los Estados garanticen en toda su magnitud el derecho al trabajo en iguales condiciones entre hombres y mujeres, contribuyendo a una dinámica que conllevaría reducciones en la pobreza y la desigualdad considerables (CEPAL, 2014). En esto debe considerarse, de manera enfática, la tendencia de América Latina a la creciente feminidad de la pobreza²⁹, detrás de lo cual el ejercicio de trabajo de cuidados no remunerado pareciera ser un factor fundamental. Este contexto, a la vez, conspira contra la posibilidad de aprovechar el potencial que podría surgir de la combinación, por una parte, de la mayor incorporación de las mujeres al mercado del trabajo, quienes hoy cuentan con mejores credenciales educativas que sus pares varones, y, por la otra, de una demografía marcada por la caída en la fecundidad y en los tamaños familiares. Esto podría contribuir de manera decisiva al mejoramiento en sus condiciones de vida, y al crecimiento económico y reducción de la pobreza a nivel regional (Martínez Gómez, Miller y Saad, 2013).

La nota adicional a este panorama está dada por la forma estratificada en que estos cambios demográficos se han venido procesando, dejando a los sectores de menores ingresos y menor nivel educativo, y en particular, a las niñas, las adolescentes y a las mujeres de estos grupos, en franca desprotección y exposición a riesgos cuando se los compara con los sectores en mejor situación socioeconómica. Estas pautas estructurales de desigualdad confirman la urgencia de actuar ahora, porque de lo contrario la evolución demográfica terminará por perjudicar a los sectores más pobres y vulnerables. En este escenario, los logros recientes de la región en materia de pobreza y desigualdad podrían mermar e incluso revertirse.

²⁹ El índice de feminidad de la pobreza ilustra el porcentaje de mujeres pobres de 20 a 59 años en relación a los hombres pobres de la misma edad. De acuerdo a datos de la CEPAL para 12 países de América Latina alrededor de 2013 en base a tabulaciones especiales de las encuestas de hogares, este índice era superior a 100 en todos los países, mostrando que la pobreza afecta en mayor grado a las mujeres que a los hombres. Véase [en línea]: < <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=1694&idioma=e>>.

A continuación se presentan brevemente los aspectos más salientes de la agenda de políticas que la región debería recorrer en atención a las dinámicas demográficas abordadas en el documento, destacando aquellos avances que parecen ir en la dirección correcta y enfatizando las deudas pendientes.

1. Políticas que operan sobre la demanda de cuidados

En materia de demanda de cuidados, los esfuerzos que realicen los países en mejorar la atención de la salud a lo largo del ciclo de vida contribuirán a procesos de envejecimiento más saludables. En este sentido, son importantes los avances de varios países de la región en el desarrollo de políticas de captación temprana del embarazo, seguimiento y atención al parto y políticas de acogida en la primera infancia (Rossel *et al.*, 2015) y las políticas de salud sexual y reproductiva (Rossel y Filgueira, 2015a). También son importantes los avances en políticas de aseguramiento básico en salud (Rossel y Filgueira, 2015b). En particular, vale la pena destacar experiencias como el Seguro Popular de Salud en México, el Sistema Unido de Salud en el Brasil, el Plan Auge (Acceso Universal con Garantías Explícitas) en Chile y el Sistema Nacional Integrado de Salud en el Uruguay que pueden permitir, de manera progresiva, la ampliación del acceso a servicios y garantías de salud al conjunto de la población (Rossel *et al.*, 2015).

Por otro lado, y aunque no existen estimaciones al respecto, es esperable que otras prestaciones orientadas a fortalecer los apoyos para la nutrición, la asistencia educativa y la atención sanitaria en las primeras etapas del ciclo vital tengan un impacto en la calidad de vida y las condiciones de salud de la población en la vejez, reduciendo de esta forma la dependencia y las demandas de cuidado. Los avances de la región en materia de programas de transferencias destacan como un esfuerzo interesante, aunque seguramente insuficiente, en esta dirección.

Adicionalmente, la región tiene todavía un largo camino por recorrer para fortalecer sus sistemas de jubilaciones y pensiones. Aunque el panorama regional en este plano es muy variado, son destacables los esfuerzos realizados por varios países para flexibilizar los criterios de acceso a beneficios jubilatorios así como para garantizar un mayor acceso a esquemas contributivos de protección en la vejez. También son destacables los avances en el reconocimiento de desigualdades de género en estas políticas, y los esfuerzos por ampliar la base de acceso a beneficios monetarios a sectores vulnerables vía pensiones no contributivas (Rossel y Filgueira, 2015c).

Finalmente, los países de la región enfrentan el desafío de desarrollar y consolidar políticas de envejecimiento saludable o envejecimiento activo, que contribuyan a mejorar la situación funcional de la población adulta mayor.

2. Políticas que operan sobre la oferta de cuidados

Uno de los principales desafíos que enfrenta la región refiere al desarrollo y fortalecimiento de políticas que operan sobre la oferta de cuidados vía servicios (CEPAL, 2016). Aquí, al igual que ha ocurrido en el mundo desarrollado, la clave está en la puesta en marcha de políticas de cuidado que permitan atender la demanda en dos planos: i) servicios de cuidados para la población adulta mayor dependiente, que es donde se concentrará el incremento en la demanda de cuidados en las próximas décadas y ii) servicios de cuidado infantil (principalmente para 0 a 3 años, donde la cobertura del sistema educativo es casi inexistente). En ambos casos, es imprescindible que estos servicios sean diseñados incorporando una perspectiva de igualdad de género que apunte tanto a garantizar empleo de calidad, con protección social y en condiciones de trabajo decente a las personas cuidadoras, quienes por lo general son mujeres (CEPAL, 2013) y que busquen explícitamente desfamiliarizar los cuidados y abonar a la redistribución de su provisión entre hombres y mujeres.

En el primer caso, la necesidad de prever la demanda futura de servicios implica hacerlo no solo teniendo en cuenta los requerimientos que hoy están identificados en relación al cuidado de la población adulta mayor sino para nuevos requerimientos que puedan surgir a partir de evoluciones diferenciales de morbilidad/discapacidad/dependencia en las próximas décadas. En el segundo caso, la previsión de la demanda de servicios debe considerar los posibles incrementos futuros en la participación laboral femenina,

la reducción en la proporción de potenciales personas cuidadoras y también, los sesgos que existen en la cobertura de los servicios, que hacen que el contingente de población infantil a incorporar en servicios de cuidado incluya una importante proporción de niñas y niños en situación de pobreza o vulnerabilidad.

a) Servicios de cuidados para la población adulta y adulta mayor dependiente

Como han documentado distintos estudios, el desarrollo de servicios de cuidados para la población adulta y adulta mayor dependiente es todavía muy limitado en América Latina (Batthyány, 2015; Rossel y Filgueira, 2015c). En general, el avance desde el estado es escaso, aunque se observa un crecimiento importante de servicios privados de cuidado.

El primer pilar de este grupo de políticas refiere a servicios de cuidado parcial (centros de día) y servicios de cuidado de larga duración. Algunos países de la región vienen avanzando desde hace algún tiempo en esta dirección. Así, por ejemplo, vale destacar la experiencia de Costa Rica con la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores³⁰ (Román, 2012), que cuenta con Centros Diurnos de atención³¹. En la Argentina, las residencias de Larga Estadía dependientes de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINaPAM) (Ministerio de Desarrollo Social) llevan a cabo la atención integral de las personas mayores.

El segundo pilar de este grupo de políticas refiere a las distintas estrategias de cuidado domiciliario de los adultos mayores. La Red de Cuido costarricense contempla en este sentido a asistentes domiciliarios (responsables de brindar apoyo para las tareas y actividades básicas de la vida cotidiana), con una dedicación horaria y perfil acordes al nivel de dependencia del adulto mayor (Sauma, 2012). En el Uruguay, el debate de los últimos años en torno a Sistema Nacional Integrado de Cuidados está dando paso a importantes desafíos de implementación por delante, uno de cuyos cuatro pilares es la atención a los adultos mayores dependientes, incluyendo un Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios que ofrecerá a las familias un apoyo en las tareas de cuidado de población con dependencia severa por una determinada cantidad de horas en la semana³². Con la puesta en marcha del sistema cobró peso la política de “Asistentes personales”. En la actualidad, la política financia la asistencia personal a personas en situación de dependencia severa, quienes precisan de ayuda para las necesidades básicas de la vida diaria y pueden acceder a esta prestación por 80 horas mensuales³³.

b) Políticas de cuidado infantil

Finalmente, vale la pena mencionar los esfuerzos de algunos países por avanzar en la construcción de sistemas de cuidado y que incluyen servicios de cuidado infantil como piezas clave de la nueva arquitectura de protección social (CEPAL, 2013). Tal es el caso del Uruguay (Sistema Nacional Integrado de Cuidados) y Costa Rica (Red de Cuido y al fortalecimiento del programa CEN-CINAI) (Sauma, 2012) que han avanzado en la construcción de sistemas de cuidado con redes de servicios que permitan ampliar la cobertura de cuidados externos de los niños y niñas de 0 a 3 años (Rico, 2011) que, entre otras cosas, permitirá la ampliación de cupos para ese tramo etario. Uno de los ejemplos de política de cuidado infantil más relevantes sigue siendo el del Programa “Chile Crece Contigo” que ha contribuido a expandir en forma importante la oferta pública de servicios de cuidado, a través de la creación de salas cuna para el tramo de 0 a 2 años y de la creación de nuevos cupos en los niveles de 2 y 3 años en la población de los quintiles 1 a 3 de la distribución de ingresos. El modelo de intervención del Chile Crece Contigo tiene un componente fuerte de articulación de políticas ya existentes para esta población. Es coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social, pero se apoya fuertemente en los distintos programas y servicios sectoriales, especialmente en el campo de la salud, a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, que opera como un sistema de detección temprana y de derivación a servicios e intervenciones diferenciadas (Staab, 2012).

³⁰ Véase [en línea]: <<http://www.conapam.go.cr/red-cuido/>>.

³¹ Además, la Red cuenta con un *programa Familias Solidarias* para la reubicación de personas con alta dependencia y bajos recursos y con *Hogares Comunitarios*, que funcionan como residencias temporales para un grupo reducido de personas y a cargo de cuidadores.

³² También en el marco de propuestas para los cuidados dentro del hogar se proponía la implementación del *Servicio de Teleasistencia*. Esta herramienta permite que los adultos mayores se contacten de manera directa y rápida con un centro de atención en caso de sufrir alguna emergencia o de necesitar algún otro tipo de atención especial (Grupo de Trabajo interinstitucional sobre sistema nacional de cuidados, 2012).

³³ Véase [en línea] <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/v/61052/1/innova.front/asistentes-personales>.

Además de la creación y expansión de servicios, hay un camino por recorrer en materia de políticas que operan sobre la oferta de servicios vía garantías para el acceso. En muchos países de la región existen ya distintas modalidades de servicios de cuidado parcial adultos mayores dependientes o residencias de larga duración dentro del sector privado o del tercer sector. Sin embargo, los costos de estos servicios suelen ser un obstáculo para el acceso de la población que requiere cuidados. Más allá de los esfuerzos estatales para el desarrollo de servicios públicos, parece razonable desarrollar dispositivos que favorezcan el acceso a servicios. Dentro de esto se incluyen subsidios para contratar servicios de cuidados para compensar los gastos de atención domiciliaria o en residencia o para el acceso a residencias de larga duración.

c) Personas cuidadoras

El tercer grupo de políticas que los desafíos demográficos imponen a los países latinoamericanos refiere al fortalecimiento y jerarquización de personas cuidadoras remuneradas, que como se ha visto en análisis previos (CEPAL, 2013), son primordialmente mujeres quienes trabajan en condiciones de gran precariedad. De acuerdo a datos de CEPAL para 18 países de América Latina alrededor de 2010, este sector estaba constituido en un 94,2% por mujeres; 63,2% de las personas trabajadoras del cuidado no estaban afiliadas a la seguridad social, en comparación con 56,4% del resto de las personas ocupadas, y sus ingresos eran significativamente menores (CEPAL, 2013). Para poder ir al encuentro de las crecientes demandas de cuidado con la creación y expansión de servicios de cuidado es fundamental avanzar en forma simultánea en políticas que fortalezcan y jerarquicen a las personas cuidadoras remuneradas. Las y los cuidadores remunerados deben ser una pieza clave en el diseño de las políticas de cuidado, lo que contribuye a evitar replicar lógicas de asignación de responsabilidades según género que contribuyen al surgimiento de categorías de trabajadores con inserciones precarias, baja formalidad, bajos salarios y alta vulnerabilidad. Socializar el cuidado implica también jerarquizarlo como función social dentro del mercado laboral remunerado.

d) Capacitación

Apostar a la capacitación de un contingente creciente de cuidadoras y cuidadores remunerados contribuye a la profesionalización de un sector que experimentará una alta demanda en las décadas por venir. Un ejemplo interesante de políticas que trabajan en este plano es el Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios de la Argentina, que busca capacitar a personas de la comunidad con el objetivo de brindar apoyo domiciliario a las personas mayores dependientes. El programa implementa un Curso de Formación de Cuidadores Polivalentes y un Curso de actualización, nivelación y profundización de contenidos, e instancias de encuentros formativos³⁴ (Huenchuan, Roqué y Arias, 2009). En una dirección similar viene avanzando el Sistema Nacional Integrado de Cuidados en el Uruguay. La capacitación es clave no solo para garantizar la calidad en el trabajo de cuidados, sino para aumentar la productividad en el trabajo de cuidados, contribuyendo a reducir los costos de dar respuesta a la demanda creciente.

e) Jerarquización y regulación del trabajo de cuidador

La jerarquización de la tarea de cuidados es importante para profesionalizarla. Esto puede lograrse desarrollando políticas que estimulen a las personas a capacitarse (becas, estímulo a instituciones formadoras). La regulación, por otro lado, es central para garantizar salarios dignos y condiciones laborales adecuadas.

Finalmente, la región enfrenta desafíos importantes en el desarrollo de políticas que reduzcan los costos del cuidado para las familias que consideren centralmente una perspectiva de género. En particular, es preciso consolidar políticas de corresponsabilidad en los cuidados entre hombres y mujeres y que apunten a garantizar la compatibilidad entre la vida laboral y doméstica, para evitar que la carga de trabajo no remunerado se convierta en un obstáculo a inserciones laborales exitosas de las mujeres, así como para

³⁴ El Curso de Formación, apunta a lograr incorporar áreas temáticas relacionadas con la problemática del envejecimiento y la discapacidad en su dimensión bio-psico-social. Se enfatiza desde lo teórico-práctico la atención integral de las y los beneficiarios. Las y los destinatarios directos del curso son las personas de la comunidad que quieran desarrollar tareas de cuidados. La formación exige la realización de prácticas en residencias de larga estada de personas mayores u otras instituciones en las que se puedan llevar a cabo. Asimismo, intenta evitar internaciones innecesarias, generando habilidades remanentes y promoviendo la conformación de nuevas redes solidarias de contención. Los destinatarios directos del sistema de prestación son las personas adultas mayores, con discapacidad y con patologías crónicas, invalidantes y/o terminales.

promover el involucramiento pleno de los hombres en la responsabilidad del cuidado, no solo de los niños y niñas pequeñas, sino sobre todo de las personas adultas mayores. Políticas que podrían contribuir en esta línea son, por ejemplo, las licencias parentales o las cuotas para padres, es decir, beneficios de tiempo para el cuidado que solo pueden usufructuar los padres. Asimismo, resultan fundamentales todas aquellas acciones que puedan ser impulsadas en materia del cambio en los estereotipos de género que contribuyen a mantener la desigual distribución sexual del trabajo y se forjan en la infancia. Lo anterior puede incorporar estrategias de comunicación masivas, así como políticas educativas al interior de las escuelas (Rico y Trucco, 2014), entre otros posibles ámbitos.

El avance con respecto a las licencias por paternidad es muy limitado en la región. La mayoría de los países otorgan licencias cortas, entre dos y diez días y existe una importante estratificación en el acceso a estos beneficios entre trabajadores públicos y los privados. Tampoco han habido avances relevantes en la incorporación de licencias parentales (OIT/PNUD, 2009; Pautassi y Rico, 2011). En la región hay pocos casos en donde se ha incorporado esta dimensión parental. En Cuba, ambos padres tienen derecho a una licencia no remunerada de 9 meses hasta el primer año del niño y la niña. En Chile, la normativa aprobada en 2011 suma a las 12 semanas contempladas en el modelo anterior otro período de 12 semanas a jornada completa o 18 semanas a media jornada. Adicionalmente, el nuevo régimen permite traspasar hasta 6 de las 12 semanas, bajo la primera opción, o bien, hasta 12 de las 18 semanas, bajo la segunda, al padre, dando aviso al empleador. El uso de la licencia por parte del padre opera hasta un máximo de tres meses. El beneficio del postnatal parental rige para los trabajadores dependientes e independientes, ocupados tanto en el sector público como en el privado (Staab, 2013). En el Uruguay, a partir de 2016, la licencia maternal establece la posibilidad de que la madre o el padre trabaje a jornada parcial luego de la octava semana de la licencia maternal y hasta que el niño o la niña cumpla seis meses (Blofield y Martínez Franzoni, 2014).

Por otro lado, al igual que con las licencias parentales, el grado de desarrollo de las políticas de conciliación entre trabajo y familia es todavía débil y precario en los países latinoamericanos (OIT/PNUD, 2009; Rossel, 2013b). Cabe destacar, sin embargo, algunas acciones concretas que sí se han implementado. Si bien Chile y la República Bolivariana de Venezuela cuentan con una legislación que obliga que las empresas con más de 20 trabajadores cuenten con servicios de sala cuna o guardería, no se han observado experiencias similares en otros países de la región. Estos esfuerzos provienen generalmente del ámbito empresarial y consisten en el otorgamiento de servicios como guarderías y salas cuna o algunos beneficios como la flexibilidad de la jornada laboral o instancias de teletrabajo. Adicionalmente, algunas instituciones (entre ellas, el Estado) han establecido medidas de reconocimiento a aquellas empresas que incorporan estos programas. En México, por ejemplo, se otorgan distintivos (“Distintivo Empresa Familiarmente Responsable” y “Empresa socialmente incluyente”) y beneficios fiscales a estas empresas; en Chile se las reconoce con la entrega del Sello Iguala; mientras que en el Uruguay y en Costa Rica se premia la promoción de la igualdad de género con la entrega de un sello por “Calidad con Equidad de Género” y el “Sello de Equidad de Género” (SISEG), respectivamente (CEPAL/UNICEF, 2011).

3. La importancia del enfoque de género

Lo planteado en las secciones anteriores no deja dudas respecto a la centralidad que tiene la incorporación de la dimensión de género en cualquier esfuerzo que se realice desde las políticas públicas para prevenir y acompañar los impactos de los cambios demográficos sobre los cuidados, su creciente demanda y las respuestas de política pública para responder frente a ella. Esto implica considerar a las personas cuidadoras como parte fundamental de las políticas de cuidados, junto a quienes requieren de ellos. Este enfoque permitiría aprovechar, en toda su magnitud, la oportunidad que se abre para que estas políticas adquieran una connotación verdaderamente transformadora y capaz de aportar al bienestar de la ciudadanía en su conjunto.

La socialización del cuidado es clave para evitar que las políticas refuercen la provisión femenina informal de cuidado. Esto, que no puede ser sino un proceso gradual y complejo, se logra estableciendo políticas que provean opciones concretas para los hogares con necesidades de cuidado para acceder a servicios de cuidado que no refuercen el rol de las mujeres como cuidadoras no remuneradas y en cuya

operación se resguarde que el empleo en el sector de cuidados sea de calidad. Asimismo, la promoción de políticas para la corresponsabilidad en los cuidados entre hombres y mujeres, y donde el Estado asuma un rol garante en su acceso y ejercicio, es esencial si se busca instalar la concepción del cuidado como un bien social y transformar la actual organización social a través de la cual éstos son provistos.

Esto es fundamental, especialmente considerando que el crecimiento de la participación laboral femenina se ha tenido a estancar durante los últimos años, lo cual podría explicarse, al menos en parte, por la ausencia de una cultura de corresponsabilidad en los cuidados, la insuficiencia de las políticas asociadas y, consecuentemente, la mayor carga que enfrentan las mujeres frente a las necesidades de personas en situación de dependencia. Como el documento indica, estas demandas se transformarán y probablemente, se incrementarán progresivamente en el futuro. Tomando en cuenta las restricciones demográficas y la inviabilidad social y política de que esta demanda recaiga en personas cuidadoras familiares, en especial, mujeres, la reorganización social de los cuidados es inevitable y urgente. Este escenario debe también considerar que las mujeres enfrentarán crecientemente mayores necesidades de cuidado, al constituir la mayoría de la población envejecida y al enfrentar condiciones más precarias y vulnerables en su vejez, producto de su menor acceso a ingresos, entre otras causas, por haber ejercido trabajo de cuidados no reconocido durante gran parte de su vida.

En este escenario, nuevas configuraciones de desigualdad de género/clase tenderán a profundizarse, producto de las capacidades diferenciales de mujeres de distintos estratos socioeconómicos para resolver la presión que ejerce la carga de cuidados en sus hogares. Aquellos hogares con mayor nivel socioeconómico seguirán teniendo más capacidad para externalizar las tareas de cuidado, profundizando la desigualdad en el bienestar y la autonomía económica de las mujeres.

III. Reflexiones finales

Este documento se planteó dos objetivos básicos. En primer lugar, acercar la experiencia del mundo desarrollado en dimensionar los impactos de las transformaciones demográficas la dinámica del cuidado y las políticas que intervienen en ella. En segundo lugar, sintetizar y hacer una puesta a punto de las transformaciones demográficas que atraviesa América Latina para dimensionar cuánto éstas impactan en el cuidado, tanto desde la perspectiva de la demanda (necesidades de la población) como de la oferta (respuestas de política requeridas).

Los cambios de largo plazo que los países desarrollados han experimentado en materia de fertilidad, mortalidad, aumento de esperanza de vida, envejecimiento (incluyendo las variaciones en la discapacidad y dependencia), los cambios familiares, el ingreso de las mujeres al mercado laboral y los procesos migratorios, han impactado en forma marcada tanto en la demanda de cuidados —en especial, por cuidados de largo plazo en la población adulta mayor— como en la oferta de servicios y prestaciones requeridos para dar respuesta a esas necesidades. Cuatro conclusiones fundamentales se desprenden de la evidencia revisada. En primer lugar, se espera que la demanda de cuidados aumente en forma considerable en las próximas décadas. En segundo lugar, las previsiones sobre la disponibilidad de personas cuidadoras, cuando se la compara con la demanda esperada, indican un déficit importante. En tercer lugar y sumado a lo anterior, esto ocurre aun cuando en general estas proyecciones asumen que los hombres estarán disponibles para cuidar tanto como las mujeres, o dicho de otra forma, las proyecciones de disponibilidad de población cuidadora no son neutras y tienen detrás supuestos muy definidos en relación a la división sexual del trabajo y la organización social del cuidado. Finalmente, y pese a los avances en el campo de las políticas de cuidado, los países desarrollados están lejos de haber resuelto las tensiones que estos nuevos escenarios presentan a los sistemas de protección social y muy especialmente a la desigualdad de género.

Con este panorama demográfico parece imposible e inaceptable por razones sociales y políticas, dar respuesta a las demandas futuras de cuidado vía recursos informales familiares, provistos esencialmente por las mujeres. Frente a esto, un conjunto amplio de políticas que operan tanto sobre la demanda como sobre la oferta de cuidados viene perfilándose como acciones adecuadas para ir al encuentro de los desafíos que se avizoran. En particular, vale la pena destacar las políticas que intervienen en la oferta de cuidados, a través de servicios de diversa naturaleza. Tan importantes como

éstas son también las políticas que abordan la distribución desigual del cuidado entre hombres y mujeres, buscando dislocar la tradicional asociación de las mujeres al trabajo no remunerado y a los cuidados familiares en general.

La revisión de las tendencias demográficas en América Latina presenta similitudes pero también algunas diferencias importantes con el panorama del mundo desarrollado. Aunque el panorama latinoamericano contrasta con las perspectivas de corto plazo de buena parte de los países desarrollados, la evidencia ya refleja desafíos ineludibles para los países de la región en el futuro no tan lejano. Las tendencias regionales pronostican un incremento marcado de las demandas de cuidado entre adultos mayores y reflejan con claridad que la oferta de cuidadores decrece (por cambios en las familias, por el incremento del empleo femenino, por estructura poblacional) y la presión sobre las familias, y en particular, sobre las mujeres, va en aumento bajo la organización social vigente. También se evidencia que el incremento en la demanda de cuidados en la vejez requiere de una mirada de género, en tanto la población adulta mayor dependiente en un futuro no tan lejano estará compuesta en mayor medida por mujeres que, además de requerir cuidados, se encontrarán en situación de mayor vulnerabilidad respecto de los hombres, por haber tenido inserciones laborales más precarias y estar en desventaja en el acceso a pensiones y jubilaciones.

Estas tendencias establecen una agenda urgente para los países latinoamericanos, donde es posible visibilizar no sólo los desafíos demográficos, los que requerirán mejores y más finas estimaciones sobre la evolución entre la demanda y oferta existente de cuidados, sino también los desafíos que se plantean para la igualdad de género. En este contexto, los países latinoamericanos no solo deben asumir rápidamente que la demanda de cuidados crecerá, presionando sobre una oferta formal casi inexistente y una oferta informal (no remunerada) altamente feminizada, sino que también deben prepararse para un escenario de aumento de costos, de presión sobre el tiempo de las mujeres y de vulnerabilidad progresiva de la población cuidadora que podría llegar a derivar en, incluso, mayores barreras para su autonomía económica e inserción remunerada en el mercado del trabajo de las que hoy ellas enfrentan.

Pero este escenario también ofrece a los países de la región una oportunidad que los países más desarrollados no tuvieron: la de discutir en profundidad una hoja de ruta para una organización social del cuidado que apueste a la igualdad de género en su sentido más amplio y profundo y que reconozca y visibilice los *trade-offs* que se plantean a partir de distintas formas de abordar los desafíos del cuidado.

Esto implica desarrollar una agenda de políticas que tenga como principio que no es razonable ni deseable que el stock de personas cuidadoras familiares se mantenga y que, por lo tanto, es preciso dar opciones desde el Estado para que las familias puedan resolver sus necesidades de cuidado de la manera que deseen, teniendo garantizado el derecho a cuidar, a no cuidar y a auto-cuidarse. Esto supone crear y expandir servicios de cuidado de diversa índole y para atender distintos tipos de necesidades en materia de dependencia, lo que deberá traducirse en una reducción de los costos del cuidado para las familias. En este sentido, es importante evitar que los dispositivos que se diseñen en el campo de las políticas de cuidado aumenten las barreras para la autonomía económica de las mujeres en lugar de derribarlas.

Más allá de esto, es igualmente necesario actuar sobre la desigualdad con que el cuidado se distribuye entre hombres y mujeres. De no mediar políticas que promuevan el involucramiento de los hombres en estas tareas, las mujeres seguirán siendo la variable de ajuste de las restricciones presupuestarias y de los ritmos de la implementación de la política pública.

Bibliografía

- Aguirre, Rosario (2007), “Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas”, en Arriagada, Irma (coord) *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros* (LC/G.2345-P), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, N° de Venta: S.07.II.G.97.
- Aguirre, Rosario y Batthyány, Karina (2005), *Uso del tiempo y trabajo no remunerado*. Montevideo, UNIFEM-UDELAR.
- Antonopoulos, Rania (2009), “The unpaid care work - paid work connection”, Policy Integration and Statistics Department International Labour Office. Working Paper N° 86.
- Antonopoulos, Rania e Indira Hirway (2010), *Unpaid Work and the Economy: Gender, Time Use and Poverty in Developing Countries*. New York, Palgrave Macmillan.
- Anxo, Dominique y otros (2007), “Time Allocation between Work and Family over the Life-Cycle: A Comparative Gender Analysis of Italy, France, Sweden and the United States”, *IZA DP*, N° 3193.
- Arriagada, Irma (1998), “Familias Latinoamericanas: convergencias y divergencias de modelos y políticas”, *Revista de la CEPAL*, N° 65 (LC/G.2033-P).
- Bagnato, María José, Da Cunha, Heber y Beatriz Falero (2011), “Personas en situación de dependencia por discapacidad. Documento de trabajo para el Debate” Grupo de Trabajo de Sistema Nacional del Cuidados, Documentos base. MIDES.
- Batthyány, Karina (2015), “Las políticas y el cuidado en América Latina Una mirada a las experiencias regionales”, *Serie Asuntos de género*, N° 124 (LC/L.3958), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), febrero. Publicación de las Naciones Unidas.
- Bertranou, Evelina (2008), “Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe”, *Serie Población y Desarrollo*, N° 82 (LC/L. 2864-P), Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CEPAL-CELADE), Santiago de Chile, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.9.
- Blofield, Merike y Juliana Martínez Franzoni (2014), “Work, family and public policy changes in Latin America: Equity, maternalism and co-responsibility”, *CEPAL REVIEW 114* (LC/G.2629-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre. Publicación de las Naciones Unidas.
- Bradshaw, Jonathan y Naomi Finch (2002), “A comparison of Child Benefit packages in 22 countries” *Research Report No 174*, Department for Work and Pensions, Research Report N 17, USA, Corporate Document Services.

- Bruning, Gwennaële y Janneke Plantenga (1999), "Parental leave and equal opportunities: experiences in eight European countries", *Journal of European Social Policy*, vol. 3, N° 9.
- Budlender, Debbie (2004), "Why Should We Care About Unpaid Care Work?", Harare, United Nations Development Fund for Women (UNIFEM).
- _____ (2008), "The Statistical Evidence on Care and Non-Care Work across Six Countries", *Gender and Development Programme Paper Number 4*, (PP-GD-4), Ginebra, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).
- Cambois, Emmanuelle, Jean-Marie Robine, Emmanuel Chaplain y Stéphane Jacobzone (1999), "The Health of Older Persons in OCDE Countries", *OCDE Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, N° 37, París, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Cameron, Claire y Peter Moss (2002), "Care Work in Europe Current understandings and future directions", *National Report - United Kingdom Surveying Demand, Supply and Use of Care*, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education University of London. WP4.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2016), *Panorama Social de América Latina 2015. Documento informativo*, Santiago de Chile, marzo.
- _____ (2014), *Panorama Social de América Latina 2014* (LC/G.2635-P), Santiago de Chile, 2014. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.15.II.G.6.
- _____ (2013), *Panorama Social de América Latina 2012* (LC/G.2557-P), Santiago de Chile, 2012. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: E.13.II.G.6.
- _____ (2012a), *Eslabones de la desigualdad. Heterogeneidad estructural, empleo y protección social* (LC/G.2539-P), Santiago de Chile, julio. Publicación de Naciones Unidas.
- _____ (2012b), *Panorama Social de América Latina 2011* (LC/G.2514-P), Santiago de Chile, marzo. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: E.12.II.G.6.
- _____ (2011), *Panorama Social de América Latina 2010* (LC/G.2481-P), Santiago de Chile, enero. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: S.11.II.G.6.
- _____ (2010a), *Panorama Social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile, abril. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.135.
- _____ (2010b), *¿Qué estado para que igualdad? Documento elaborado para la undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe* (LC/G.2450/Rev.1), Santiago de Chile, diciembre. Publicación de Naciones Unidas.
- _____ (2009), *Panorama Social de América Latina 2008* (LC/G.2402-P), Santiago de Chile, junio. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: E.08.II.G.89.
- _____ (2005), *Panorama Social de América Latina 2004* (LC/G.2259-P), Santiago de Chile, septiembre. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: E.04.II.G.148.
- CEPAL/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2009), *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe* (LC/L.2981/Rev.1), Santiago de Chile, diciembre. Publicación de Naciones Unidas.
- CEPAL/UNICEF (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) (2011), *Cuidado infantil y licencias parentales*, Boletín Desafíos N° 12, Santiago de Chile, julio. Publicación de Naciones Unidas.
- Christensen, Kaare, Gabriele Doblhammer, Roland Rau, y James W. Vaupel (2009), "Ageing populations: the challenges ahead", *The Lancet* vol. 374(9696), 1196-1208. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4), Odense.
- Daly, Mary and Jane Lewis (2000), "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, Vol. N° 51, Issue N° 2, London School of Economics and Political Science, junio.
- Del Poppolo, Fabiana (2001), "Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina", *Serie población y desarrollo*, N° 19 (LC/L.1640-P), Santiago de Chile, noviembre. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.178.
- Draibe, Sonia M. y Manuel Riesco (2009), "El Estado de bienestar social en América Latina. Una nueva estrategia de desarrollo", *Documento de Trabajo*, N° 31, Madrid, Fundación Carolina-CeALCI, enero.
- Drew, Eileen (2005), "Parental Leave in Council of Europe member States", Strasbourg, Consejo Europeo.
- Durán Heras, María Ángeles (2005), "Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años", *Revista Del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N° 60, P. 57-73.
- _____ (2012), "El trabajo no remunerado en la economía global", Bilbao, Fundación BBVA, junio, 2012.
- Durán Heras, María Ángeles y Vivian Milosavljevic (2012), "Unpaid Work, Time use surveys and Care Demand Forecasting in Latin America", Documentos de Trabajo N° 7, Fundación BBVA, mayo, 2012.

- Espejo, Andrés, Fernando Filgueira y María Nieves Rico (2010), “Familias latinoamericanas: organización del trabajo no remunerado y de cuidado” (LC/W.354), Santiago de Chile, noviembre. Publicación de Naciones Unidas.
- Esping-Andersen, Gosta y otros (2002), “Why we need a new welfare state”, Cambridge: Cambridge University Press.
- Fehr, Hans, Sabine Jokisch y Laurence Kotlikoff (2003), “The Developed World’s Demographic Transition - The Roles of Capital Flows, Immigration, and Policy”, *NBER working paper series*, N° 10096, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, noviembre.
- Filgueira, Carlos (1998), “Emancipación Juvenil: Trayectorias y Destinos” (LC/MV/R.154.Rev.2), Montevideo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Filgueira, Fernando (2007), “Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina”, *Serie Políticas sociales*, N° 135, Santiago de Chile, julio. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.89.
- Folbre, Nancy y Michael Bittman (2004), “A theory of the misallocation of time”, *Family time. The social organization of care*, New York, Routledge - Taylor y Francis.
- Freedman, Vicki A. y Linda G. Martin (2000), “Contribution of Chronic Conditions to Aggregate Changes in Old-Age Functioning”, *American Journal of Public Health*, vol. 90, N° 11, p. 1755-1760, Nueva York, American Journal of Public Health, noviembre.
- Fries, James F. (1980), “Aging, natural death, and the compression of morbidity”, *The New England Journal of Medicine* vol. 303, N° 3, p. 130-135, Standford University Medical Center, Standford.
- Gascón, Silvia y Nélica Redondo (2014), “Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia” (LC/L.3875), *Serie Políticas Sociales*, N° 207, Santiago de Chile. Publicación de Naciones Unidas.
- Gaymu, Joëlle, Peter Ekamper y Gijs Beets (2008), “Future trends in health and marital status: effects on the structure of living arrangements of older Europeans in 2030”, *European Journal of Ageing* vol.5, N° 1, p. 5-17, Springer-Verlag, febrero 2008.
- Gonnot, Jean-Pierre (1995), “Demographic changes and the pension problem: evidence from twelve countries”, *Social Security, Household, and Family Dynamics in Ageing Societies*, La Haya: Kluwer.
- Grupo de Trabajo interinstitucional sobre sistema nacional de cuidados (2012), *Hacia un modelo solidario de cuidados: Propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados*. Aprobado por el Gabinete Social, 20 de septiembre, Uruguay.
- Harvey, Andrew S. y Taylor (2000), “Time use”, *Designing Household Survey Questionnaires for Developing Countries: Lessons from Fifteen Years of the Living Standards Measurement Study*. Washington D.C., The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Mayo, 2000.
- Harwood, Rowan, Avan Aihie Sayer y Miriam Hirschfeld (2004), “Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios”, *Bulletin of the World Health Organization* vol. 82, N° 4, abril 2004.
- Hernández, Donald J. (1995), “Changing Demographics: Past and Future Demands for Early Childhood Programs”, *The Future of Children, Long-term Outcomes of Early Childhood Programs*, vol. 5, N°3, 1995.
- Hochschild, Arlie R. (2000), “Global Care Chains and Emotional Surplus Value”, *On The Edge: Living with Global Capitalism*, Londres, Jonathan Cape.
- Huenchuan, Sandra (2009a), “Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina”, *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* (LC/W.263), Santiago de Chile, abril. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- _____ (2009b), “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas” (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, febrero. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.94.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2014), *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social* (enest), México.
- Kalenkoski, Charlene M., David Ribar y Leslie Stratton (2005), “Parental child care in single-parent, cohabiting and married-couple families: time-diary evidence from the United Kingdom”, *The American Economic Review*, vol. 95, N° 2, p. 194-198, mayo.
- _____ (2006), “The Effect of Family Structure on Parents’ Child Care Time in the United States and the United Kingdom”, *IZA Discussion Paper*, N° 2441, noviembre.
- Kammerman, Sheila B. (2000), “Parental Leave Policies: An Essential Ingredient in Early Childhood Education and Care Policies”, *Social Policy Report*, vol. XIV, N° 2, Society for Research in Child Development.

- Kitterød, Ragni H. y Silje Vatne Pettersen (2006), “Making up for mothers’ employed working hours?: Housework and childcare among Norwegian fathers”, *Work, Employment y Society*, vol. 20, N° 473, London, SAGE Publications.
- Kramer, Morton (1980), “The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 62, Issue S285, p. 382-397. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb07714.x>.
- Lafortune, Gaetan y Gaëlle Balestat (2007), “Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OCDE Countries and the Future Implications”, *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Health Working Paper N° 26*, OECD Publishing.
- Manton, Kenneth G. (1982), “Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population”, *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, vol. 60 N° 2, p.183-244, <http://doi.org/10.2307/3349767> Milbank Memorial Fund.
- Marco Navarro, Flavia (2004), *Los sistemas de pensiones en América Latina: Un análisis de género (LC/G.2262-P)*, Santiago de Chile, octubre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.129.
- Martínez Gómez, Ciro, Tim Miller y Paulo Saad (2013), “Participación laboral femenina y bono de género en América Latina” (LC/W.570), Santiago de Chile, diciembre. Publicación de Naciones Unidas.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2005), *Atención a las personas en situación de Dependencia en España. Libro blanco*, Madrid, IMSERSO.
- Miranda, Veerle (2011), “Cooking, Caring and Volunteering: Unpaid Work Around the World”, *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Social, Employment and Migration Working Papers*, No 116, marzo. OECD Publishing.
- Monge, Guillermo (2008), “Corresponsabilidad por el trabajo productivo y reproductivo, y cuidado de dependientes: Reflexiones desde la política pública”, *Foro Trabajo productivo-reproductivo: ¿Conciliación, corresponsabilidad o infraestructura de cuidados? Una respuesta pendiente*, San Salvador, 29 y 30 de mayo de 2008, United Nations Development Fund for Women (UNIFEM), United Nations Development Programme (UNDP).
- Montaño, Sonia y Coral Calderón (2010), “El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo” (LC/G.2454-P), Santiago de Chile, julio. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: S.10.II.G.35.
- Moss, Peter y Margaret O’ Brien (2006), “International Review of Leave Policies and Related Research 2006”, *Employment Relations Research Series N° 57*, Julio. Londres.
- O’ Brien, Margaret (2012), “Work-Family Balance Policies”, UN-DESA.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) (2014), *Society at a Glance*, París, Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo.
- ____ (2013), *Health at a glance 2013*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- ____ (2012a), *PF2.1: Key characteristics of parental leave systems*, Social Policy Division, Directorate of Employment, Labour and Social Affairs, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- ____ (2012b), *The Future of Families to 2030. A SYNTHESIS REPORT*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- ____ (2011a), *Doing better for families*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- ____ (2011b), *Health at a Glance 2011*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- ____ (2011c), *LMF2.5: Time use for work, care and other day-to-day activities*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- ____ (2011d), *Long-Term Care Workers: Needed but Often Undervalued*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- ____ (2011e), “Sizing Up the Challenge Ahead: Future Demographic Trends and Long-term Care Costs”, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- ____ (2010), *PF2.2: Use of childbirth-related leave by mothers and fathers*, Social Policy Division, Directorate of Employment, Labour and Social Affairs, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- ____ (2007), *Society at a Glance 2006*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

- _____ (2006), “Projecting OCDE health and long-term care expenditures: what are the main drivers?”, *Economics department working papers*, N° 477, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- _____ (2003), *A Disease-based Comparison of Health Systems*, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- OIT/PNUD (Organización Internacional del Trabajo/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2009), *Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*, Lima, OIT/PNUD.
- Orozco, Amaia (2007), “Cadenas Globales de Cuidado”, *Serie Género, Migración y Desarrollo. Documento de trabajo 2*, Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (UN-INSTRAW), Santo Domingo.
- Palloni, Alberto, Peláez, Marta y De Vos, Susan (2000), “Aging in Latin America”. *Working Series Paper*, N° 99-2. Madison, University of Wisconsin, Center for Demography and Ecology.
- Parrenas, Rhacel. (2000), “Migrant Filipina Domestic Workers and the International Division of Reproductive Labor.” *Gender and Society*, 14(4), 560-580.
- Pautassi, Laura, y Rico, María Nieves (2011), “Licencias para el cuidado infantil. Derecho de hijos, padres y madres”. Boletín Desafíos N° 12, *Cuidado infantil y licencias parentales*, Santiago de Chile, julio. Publicación de Naciones Unidas.
- Perez Díaz, Julio. (2000), *La feminización de la vejez*. Barcelona, Centre d’Estudis Demogràfics.
- Pérez Orozco, Amaia. (2009), “Global perspectives on the social organization of care in times of crisis: Assessing the situation”, *Gender, Migration and Development Series*, Working Paper N° 5. Santo Domingo, UN-INSTRAW.
- Pickard, Linda (2008), “Informal Care for Older People Provided by their Adult Children: Projections of Supply and Demand to 2041 in England.” GRRSU Discussion Paper, N° 2515. Londres, Personal Social Services Research Unit.
- Ray, Rebecca, Gornick, Janet, y Schmitt, John (2008), *Parental Leave Policies in 21 Countries. Assessing Generosity and Gender Equality*. Washington D.C., Center for Economic and Policy Research.
- Rechel, Bernd, Grundy, Emily, Robine, Jean-Marie, Cylus, Johnatan, Mackenbach, Johan, Knai, Cecile, y McKee, Martin. (2013), “Ageing in the European Union”, *The Lancet*, 381(9874), 1312-1322.
- Rico, María Nieves. (2011), “Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora”. En: Rico, María Nieves. y Maldonado, Carlos. (coord) *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*, (LC/L.3296-P) Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas, N° de venta S.11.II.G.17.
- Rico, María Nieves, y Maldonado, Carlos (2011), “¿Qué muestra la evolución de los hogares sobre la evolución de las familias en América Latina?” En: Rico, María Nieves. y Maldonado, Carlos. (coord) *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*, (LC/L.3296-P) Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas, N° de venta S.11.II.G.17.
- Rico, María Nieves y Trucco, Daniela (2014), “Adolescentes: Derecho a la educación y al bienestar”, *Serie Políticas Sociales* N° 190, (LC/L.3791) Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (CEPAL/UNICEF).
- Robine, Jean Marie, Mormiche, Pierre, y Sermet, Catherine (1998), “Examination of the causes and mechanisms of the increase in disability-free life expectancy”, *Journal of Aging and Health*, 10(2), 171-191.
- Rofman, Rafael, Amarante, Verónica e Ignacio Apella (eds) (2016), *Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI* (LC/L.4121), Banco Mundial y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas.
- Román, Isabel. (2012), *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Costa Rica*. (LC/W.509), Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas.
- Rossel, Cecilia (2013a), “Desbalance etario del bienestar. El lugar de la infancia en la protección social en América Latina”. *Serie Políticas Sociales* N° 179, (LC/L.3574), Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas.
- Rossel, Cecilia. (2013b), “Políticas para las familias en América Latina: Panorama de políticas de reducción de pobreza y conciliación entre trabajo-familia” [En línea]: < <http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/FAMILYPOLICIESINLATINAMERICA.pdf> UN-DESA.

- Rossel, Cecilia, y Filgueira, Fernando (2015a), “Adolescencia y juventud”. En: Cecchini, Simone y otros (eds) *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización* (LC/G.2644-P) Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas, N° de venta S.15.II.G.11.
- ____ (2015b), “Etapa activa y reproductiva”. En: Cecchini, Simone y otros (eds) *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización* (LC/G.2644-P) Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas, N° de venta S.15.II.G.11.
- ____ (2015c), “Vejez”. En: Cecchini, Simone y otros (eds) *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización* (LC/G.2644-P) Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas, N° de venta S.15.II.G.11.
- Rossel, Cecilia, Filgueira, Fernando y Rico, Nieves (2015), “Primera infancia e infancia”. En: Cecchini, Simone y otros (eds) *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización* (LC/G.2644-P) Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas, N° de venta S.15.II.G.11.
- Saad, Paulo (2003), “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE”, *Notas de Población*, N° 77, (LC/G. 2213-P), Santiago de Chile, diciembre.
- Sauma, Pablo (2012), “Protección social y trabajo no remunerado: Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica”. *Serie Mujer y Desarrollo* N° 116, (LC/L.3519), Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2009), *Dependencia en las Personas Mayores, 2009*. Santiago de Chile, Senama.
- Staab, Silke. (2013), “Protección social para la infancia y la adolescencia en Chile”, *Serie Políticas Sociales*, N° 180, (LC/L 3661), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas.
- Tokman, Victor (2006), “Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social”, Colección Documentos de proyecto, (LC/W.82), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.39.
- Treas, Judith, y Drobnic, Sonja (2010), *Dividing the Domestic: Men, Women, and Household Work in Cross-National Perspective*, Stanford, Stanford University Press.
- Ullmann, Heidi (2015), “La salud y las juventudes latinoamericanas y caribeñas”, Daniela Trucco y Heidi Ullmann (eds), *Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad*. (LC/G.2647). Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.15.II.G.12.
- United Nations-Division of Economic and Social Affairs (DESA) (2007), *World Economic and Social Survey 2007, Development in an Ageing World*. New York: UN-DESA.
- Unión Europea (2013), “Promoting fertility in the EU Social policy options for Member States”, *Library Briefing*, Bruselas, Library of the European Parliament.
- Weber, Lars (2010), *Demographic change and economic growth: simulations on growth models*. Berlin/Heidelberg: Physica-Verlag.
- World Health Organization (WHO) (2002), *Current and future long-term care needs*, Ginebra.
- Yeates, Nicholas (2005), Global care chains: a critical introduction, *Global Migration Perspectives, GCIM, 44*, Ginebra: Global Commission on International Migration.

Anexo

Anexo

Elementos metodológicos para estudiar el vínculo entre las transformaciones demográficas y las políticas de cuidado en el mundo desarrollado

1. Estimaciones de la demanda de cuidados

a) Fertilidad y esperanza de vida

La esperanza de vida es el indicador más utilizado para medir el estado de salud de la población y dar cuenta de los impactos de la baja de la mortalidad. Los cambios en la esperanza de vida se vinculan con factores como los niveles y estilos de vida, así como el acceso a servicios de salud de calidad (OCDE, 2007).

Para la estimación de impactos en la protección social, el cuidado y la igualdad de género suelen considerarse dos indicadores: la esperanza de vida al nacer (número promedio de años que una persona puede esperar vivir a tasas promedio de mortalidad al nacer prevalentes en una sociedad en particular en un año determinado) y la esperanza de vida a los 65 años (número promedio de años que una persona puede esperar vivir a tasas promedio de mortalidad a los 65 años prevalentes en una sociedad en particular en un año determinado). Estos indicadores se derivan de los cálculos de esperanza de vida realizados por cada país y no incluyen el efecto de ningún posible declive de las tasas de mortalidad específicas para distintas edades que puedan ocurrir en el futuro.

b) Esperanzas de vida ajustadas según estado de salud

Los indicadores de esperanza de vida pueden ajustarse según el estado de salud de la población en un país determinado en un momento dado, lo que arroja la cantidad de años vividos en distintas situaciones de salud. Desde este punto de vista, las esperanzas de vida ajustadas muestran en cierta forma “calidad de vida” que complementa la información de “cantidad de vida” provistos por los indicadores clásicos de esperanza de vida.

El análisis de las esperanzas de vida ajustadas según estado de salud pone de relieve las pautas temporales con las que aparecen los problemas de salud (en general, primero con la aparición de enfermedades crónicas, luego con la aparición de limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria, más tarde con la discapacidad y finalmente con la discapacidad severa, que establece requerimientos de cuidado para la realización de actividades básicas de la vida diaria) (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2005).

La *esperanza de vida libre de enfermedades crónicas* refleja el tiempo de vida saludable antes de que se diagnostique una enfermedad crónica. En general, en contraste con lo que ocurre con la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas suele ser menor entre las mujeres que entre los hombres³⁵.

La *esperanza de vida en estado de buena salud percibida o subjetiva* se construye utilizando información de percepción subjetiva de la población respecto a su estado de salud, a partir de encuestas de situación de salud o módulos en encuestas de hogares. La esperanza de vida en estado de buena salud subjetiva suele ser mayor a la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas y menor para las mujeres que para los hombres, debido a que las primeras suelen padecer más enfermedades crónicas que los hombres, lo que afecta su percepción sobre su estado general de salud (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2005).

La *esperanza de vida en estado de buena salud (healthy life years)* se calcula a partir de información sobre discapacidad recolectada en encuestas de condiciones de vida³⁶.

³⁵ Lo que puede deberse, entre otros factores, a la existencia de una serie de enfermedades crónicas relativamente leves que afectan preferentemente a las mujeres (por ejemplo, algunos tipos de alergias, jaquecas, mala circulación).

³⁶ En Europa, el *European Survey of Income and Living Conditions* (EU-SILC).

La *esperanza de vida sin discapacidad (disability-free life expectancy)* refleja el número de años que en promedio una generación, expuesta a determinadas tasas de mortalidad y con determinados valores de prevalencia de discapacidad, vivirá sin tener una discapacidad. En varios países de la OCDE se calculan distintos indicadores de *esperanza de vida sin discapacidad (disability-free life expectancy)*, pero existe una importante variación en los instrumentos de medición de la discapacidad, lo que afecta directamente los resultados del indicador.

La *esperanza de vida sin discapacidades severas y la esperanza de vida sin discapacidad o dependencia para las actividades de la vida diaria* también suelen utilizarse como indicadores proxy de las demandas futuras de cuidado (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2005).

c) Estimaciones de prevalencia de dependencia y discapacidad

i) Prevalencia de dependencia en población adulta mayor

La Unión Europea define la dependencia como el “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2005).

Existen numerosas estimaciones de dependencia en la población adulta mayor y en la población en general a nivel internacional.

El enfoque que en general se utiliza para medir esta falta o pérdida de autonomía es el de las limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVD), centrado en “actividades que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2005). En general, las AVD suelen dividirse entre actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las primeras incluyen actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer, entre otras) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas), mientras que las segundas refieren a actividades más complejas que las actividades básicas, que requieren de mayor autonomía personal para poder ser realizadas (implican en general capacidad para tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio, como tareas domésticas, administración del hogar, movilidad fuera del hogar, entre otras (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2005).

Algunos estudios utilizan los datos de prevalencia de enfermedades y diagnósticos asociados a distintos niveles de discapacidad y asumen (a partir del juicio de un panel de expertos) una relación determinada entre éstos y las necesidades de cuidado, es decir, la dependencia. Se parte de los datos de población de Naciones Unidas para el año 2000, se reagrupan para acomparar las estimaciones de prevalencia de discapacidad en los rangos de edad establecidos y se asume que las prevalencias de discapacidad son relativamente estables. Adicionalmente, se toman en cuenta las proyecciones medias de fertilidad para 2010, 2020, 2030 y 2050. Luego se calculan las prevalencias combinadas de los dos niveles de discapacidad en los que se requiere cuidado diario y se aplican a la población actual y futura. Los resultados arrojan cifras absolutas de personas dependientes, proporciones de población dependiente respecto al total de la población y ratios de población dependiente respecto a la población en edad de trabajar, lo que implica una versión modificada (más precisa) de la clásica relación de dependencia demográfica (Harwood, Aihie Sayer, y Hirschfeld, 2004).

ii) *Prevalencia de discapacidad severa en población adulta mayor*

Aunque no son equivalentes³⁷, la prevalencia de la discapacidad, en general la discapacidad severa, suele considerarse un proxy para estimar la dependencia y, a partir de ahí, las demandas de cuidado asociadas a los requerimientos de esta población.

En el mundo desarrollado se parte de las definiciones internacionales³⁸ que establecen dentro del concepto de discapacidad los impedimentos, limitaciones para realización de actividades así como restricciones para la participación, influenciados por el entorno y el contexto para medir discapacidad severa con un enfoque centrado en las limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria (AVD, en inglés, ADL). La discapacidad severa incluye a personas que reportan tener una o más limitaciones severas (definidas como el grupo básico de actividades de autocuidado, incluyendo comer, vestirse, ir al baño, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y otras actividades de autocuidado) (Lafortune *et al.*, 2007).

Sin embargo, ante la ausencia de estos datos existen estimaciones basadas en otros indicadores, como limitaciones funcionales (caminar, ver, escuchar, hablar), lo que en principio mide discapacidades más moderadas que las limitaciones en la realización de actividades de la vida diaria. También existen entre los países distintas formas de considerar la severidad para evaluar las limitaciones en las AVD (Lafortune *et al.*, 2007).

2. Estimaciones asociadas a potenciales personas cuidadoras

a) **Proporción de población en edad de trabajar**

La proporción de población en edad de trabajar es definida como aquella comprendida entre los 15 y los 64 años de edad (como porcentaje de la población total) y busca dimensionar al contingente de población potencialmente cuidadora (OCDE, 2011e).

b) **Proporción de población potencial de adultos mayores que son cuidadores familiares**

Un indicador utilizado para dimensionar los cambios en la población potencialmente cuidadora en el seno de las familias es la proporción de población de adultos mayores potencialmente cuidadores familiares (*potential pool of old family carers*), es decir, la población de 65 a 79 años (OCDE, 2011e).

c) **Potencial de cuidadores familiares adultos mayores**

La proporción de población de entre 65 y 79 años suele ser considerada un *proxy* del pool potencial de cuidadores familiares adultos mayores y, por ende, utilizado entre varios indicadores para estimar los cambios que ocurrirían en la población cuidadora en las próximas décadas.

d) **Proyecciones de disponibilidad de personas cuidadoras familiares informales**

En la OCDE se suelen realizar proyecciones para dimensionar el grado en que una mayor disponibilidad de cónyuges podría mitigar el declive en la disponibilidad de cuidadores familiares para las personas adultas mayores dependientes (OCDE, 2011e).

e) **Proyecciones sobre oferta de personas cuidadoras formales (cuidados de larga duración)**

En la actualidad, la proporción de personas empleadas en el sector de cuidados de larga duración (de personas adultos mayores) es relativamente acotada, pero las proyecciones realizadas para países de la OCDE pronostican un incremento marcado.

³⁷ En general se habla de dependencia por discapacidad para identificar a personas que requieren de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria a partir de una o varias deficiencias/limitaciones y de la situación de su entorno inmediato. Desde esta perspectiva, se asume que no todas las personas con discapacidad son necesariamente dependientes, que no todas las personas en situación de dependencia por discapacidad tienen las mismas necesidades en términos del tipo de apoyo, que existen distintos grados de dependencia (Bagnato, Da Cunha, & Falero, 2011). Por otro lado, claramente no todos los dependientes tienen una discapacidad.

³⁸ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) del World Health Assembly, mayo 2001.

3. Estimaciones vinculadas con el balance entre oferta y demanda

a) Relaciones de dependencia (ratios)

Los indicadores de relaciones de dependencia vinculan la población potencialmente necesitada de cuidados o dependiente con la población potencialmente proveedora o “productora” de cuidados. Los cambios en las relaciones de dependencia proveen una señal de los potenciales requerimientos de apoyo social que resultan de cambios en la estructura de edades de la población.

Existen distintas formas de calcular el tamaño de estos dos grupos:

i) *Relación de dependencia de edades o relación de dependencia demográfica*

La relación de dependencia demográfica (o relación de dependencia de edades) es una medida de la estructura de edades de la población, que relaciona el número de individuos considerados potencialmente dependientes de la ayuda de otros para su vida cotidiana —población de 0 a 20³⁹ años y de 65 años en adelante— con el número de individuos que son potencialmente capaces de proveer ese apoyo (OCDE, 2007).

Un valor alto en este indicador sugiere que existe una presión alta sobre la población cuidadora, 20 a 64 años, en tanto deben cuidar más población dependiente, además de cuidarse a ellos mismos.

ii) *Relación de dependencia de población adulta mayor (65 y más)*

La relación de dependencia de población adulta mayor (*old-age dependency ratio*) relaciona el número de adultos mayores (potencialmente dependientes de la ayuda de otros para su vida cotidiana) con el número de individuos que son potencialmente capaces de proveer ese apoyo: población de 15 a 64 años o de 20 a 64 años (OCDE, 2007).

En la medida en que la población envejece, los incrementos en la relación de dependencia de población adulta mayor son indicador de las nuevas presiones que los sistemas de seguridad social, salud y cuidados de larga tendrán que soportar en el futuro.

iii) *Relación de dependencia económica efectiva de población adulta mayor (65 y más)*

La relación de dependencia efectiva de la población adulta mayor especifica el cálculo del indicador para capturar la carga económica efectiva del cuidado. Por esta razón, excluye del cálculo de los potenciales cuidadores a la población de 15 a 64 años que está inactiva y deja fuera del cálculo de la potencial población adulta mayor dependiente a la población de 65 años o más que trabaja.

iv) *Relación de dependencia de población de edad avanzada (80 y más)*

La relación de dependencia de población de edad avanzada (*very old-age dependency ratio*) relaciona el número de adultos mayores de edad avanzada (población de 81 años y más, potencialmente dependientes de la ayuda de otros para su vida cotidiana) con el número de individuos que son potencialmente capaces de proveer ese apoyo: población de 15 a 80 años o de 20 a 80 años (OCDE, 2011e).

v) *Relación de dependencia de población joven (menores de 20)*

La relación de dependencia de población joven (menores de 20 años) se calcula con un ratio respecto a la población de 20 a 64 años. Este indicador, junto con la relación de dependencia de población adulta mayor, ofrece información sobre las transformaciones demográficas ocurridas en las últimas décadas y proyectadas para las próximas décadas (OCDE, 2007).

Un valor alto en la relación de dependencia de la población joven indica la necesidad de realizar mayores inversiones en educación y cuidado infantil. En la medida en que la fertilidad desciende, en un primer momento la relación de dependencia decrece debido a la reducción de niños y niñas vs. el incremento de la población activa. El período en que la relación de dependencia desciende es denominado “ventana de oportunidad demográfica”, “bono demográfico” o “dividendo demográfico”. Este período ofrece más posibilidades de aplicar políticas públicas para la infancia y la adolescencia, en tanto las

³⁹ El límite suele variar. Muchas estimaciones consideran también 15 años como el umbral para la población dependencia.

generaciones son significativamente menores en edad. Sin embargo, el descenso sostenido de la fertilidad lleva a una reducción eventual de la población activa y a un incremento de la población adulta mayor, modificando la relación de dependencia hacia un escenario menos favorable.

vi) Relación de dependencia de cuidados

A diferencia del indicador de relación de dependencia demográfica (que sólo involucra una medida de dependencia financiera), la relación de dependencia de cuidados busca reflejar la carga relativa de cuidados impuesta a los cuidadores en una sociedad determinada.

Para la construcción de la relación de dependencia de cuidado se distingue entre quienes requieren de cuidado intensivo (niños y niñas de 0 a 6 años y personas de 85 años y más) y quienes necesitan de un cuidado menos intensivo (niños y niñas de 7 a 12 años y personas de 75 a 84 años). A los primeros se les otorga un peso de 1, mientras que a los segundos se les otorga un peso de 0,5. El grupo de potenciales cuidadores incluye a la población de 15 a 74 años y se les otorga un peso de 1 y la población de 13 o de 14 años no está incluida en los cálculos, bajo el supuesto de que proveen más o menos la misma cantidad de cuidado que requieren (y su inclusión cambiaría en forma engañosa los resultados).

El cálculo que se realiza es el siguiente:

Población que requiere cuidados:

A = 0-6 años; peso = 1

B = 7-12 años; peso = 0,5

C = 75-84 años; peso = 0,5

D = 85+; peso = 1

Potenciales cuidadores:

E = 15-74 años; peso = 1

Relación de dependencia de cuidados = (A+B+C+D)/E

De la misma forma que en la relación de dependencia demográfica, la relación de dependencia de cuidados es definida a partir de grupos de edad, lo que contribuye a subestimar el número de personas que requieren de cuidados, en tanto no considera a la población con discapacidad o enferma que puede necesitar de cuidados por parte de otras personas (Budlender, 2008). El indicador tampoco toma en cuenta el hecho de que todas las personas, en cualquier edad, requieren de cierta cantidad de cuidado por parte de otros (Budlender, 2008).

Al igual que el resto de las relaciones de dependencia, la relación de dependencia de cuidados permite desagregar los componentes que conforman tanto la carga de población a ser cuidada como la potencial población cuidadora (Budlender, 2008).

vii) Otras medidas de previsión de demandas de cuidado

La *escala de Madrid* es un instrumento utilizado para estimar la demanda de cuidados a partir de proyecciones demográficas y estimando el consumo de servicios de cuidado no remunerado. La escala establece “que el nivel medio habitual de consumo de servicios de cuidado no remunerados en la población de edad potencialmente activa es la cifra que sirve para referencia en el cómputo, y es igual a una unidad”. En forma similar a lo establecido en la relación de dependencia de cuidados, se establece que la población más joven (0 a 17 años) y de mayor edad (65 años y más) consume más servicios de cuidado que la población potencialmente cuidadora (18 a 64 años). A su vez, dentro de cada uno de estos grupos se realiza una imputación desagregada:

Imputación de demanda de servicios de cuidado por grupos de edad:

De 0 a 4 años = 2

De 5 a 14 años = 1,5

De 15 a 17 años = 1,2

De 18 a 64 años = 1

De 65 a 74 años = 1,2

De 75 a 84 años = 1,7

85 años y más = 2

Las *unidades de demanda de cuidados* para cada grupo de edad se calculan multiplicando la cantidad de población de cada grupo por el ponderador correspondiente a ese grupo (véase la columna C en el cuadro A1).

La cantidad de unidades de demanda que recaen sobre las mujeres en edad potencialmente activa (véase la columna K en el cuadro A1) indica el escenario extremo en el que la prestación de servicios de cuidado recaiga solo sobre ellas, para cada grupo de edad. En el ejemplo aplicado a la población española, cada mujer de 18 a 64 años de edad provee un trabajo de cuidado que equivale al que necesitan 3,64 personas en edad potencialmente activas. “Si se asume como hipótesis que en este grupo de edades centrales todo el mundo se atiende a sí mismo, todavía quedan 1,63 unidades de cuidado que tiene que satisfacer cada mujer de esa edad, correspondientes a la demanda de niños, adolescentes y personas mayores⁴⁰. Si los varones de edades centrales no se atendieran a sí mismos, esto recargaría el trabajo potencial de las mujeres en 1,77 unidades como promedio para cada una, con lo que alcanzaría las 3,40 unidades de cuidado por mujer” (Durán, 2005).

⁴⁰ Resultado de la sumatoria de demanda de cuidados de todos estos grupos de edad sobre mujeres potencialmente activas en columna K.

Cuadro A1
Estimación de las unidades de demanda de cuidados en España (2001), escala de Madrid

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	Ponderación	Población	Unidades de demanda (A*B)	Distribución por edad de la demanda en C (en porcentajes)	Población hombres	Unidad de demanda varones (A*E)	Distribución por edad de la demanda en F (en porcentajes)	Población mujeres	Unidad de demanda mujeres (A*H)	Distribución por edad de la demanda en I (en porcentajes)	Demanda de cuidados de los grupos de edad sobre mujeres potencialmente activas (C/13273658)
Total		40 964 244	48 326 496	100	20 081 619	23 479 513	100	20 882 625	24 846 983	100	3,64
De 0 a 4 años	2	1 933 139	3 866 278	8,0	992 398	1 984 796	8,5	940 741	1 881 482	7,6	0,29
De 5 a 14 años	1,5	4 027 116	6 040 674	12,5	2 067 993	3 101 990	13,2	1 959 123	2 938 658	11,8	0,46
De 15 a 17 años	1,2	1 416 240	1 699 488	3,5	726 569	871 883	3,7	689 671	827 605	3,3	0,13
De 18 a 64 años	1	26 637 043	26 637 043	55,1	13 363 385	13 363 385	56,9	13 273 658	13 273 658	53,4	2,01
De 65 a 74 años	1,2	3 898 516	4 678 219	9,7	1 783 014	2 139 617	9,1	2 115 502	2 538 602	10,2	0,35
De 75 a 84 años	1,7	2 331 955	3 964 324	8,2	928 924	1 579 171	6,7	1 403 031	2 385 153	9,6	0,30
85 años y más	2	720 235	1 440 470	3,0	219 336	438 672	1,9	500 899	1 001 798	4,0	0,11
Demanda/ población total			1,18			1,17			1,19		
Demanda/ población 18-64 años			1,81			1,76			1,87		
Demanda/mujeres 18-64 años			3,64			1,77			1,87		
Demanda/población 18 y más			1,44			1,44			1,44		
Demanda/mujeres 18 años y más			2,79			1,36			1,44		

Fuente: María Ángeles Durán, "Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años", *Revista Del Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales*, N° 60, pág. 57-73, 2005.

En 2010, se realizaron algunas modificaciones al indicador construyendo la escala de Madrid II. En esta segunda etapa se ajustaron los grupos de edad para acompañar los definidos en el *World Population Prospects* (el grupo central es de 15 a 64 años en lugar de 18 a 64 años) (Durán, 2012). Por otro lado, “en la escala de Madrid II no se diferencia entre la demanda satisfecha por cuidadores no remunerados del propio hogar (automantenimiento, cuidado familiar), cuidadores individuales remunerados o no remunerados residentes en otros hogares, cuidadores pertenecientes a empresas privadas, servicios públicos y voluntariado” (Durán, 2012: 434).

También se ajustó levemente la ponderación de otros grupos (véase detalle en cuadro A2 a continuación):

Cuadro A2
Proporcionalidad entre la escala de Madrid I y la escala de Madrid II

Grupos de edad	A	B
	Escala de Madrid I	Escala de Madrid II
0-4 años	2,00	3,00
5-14 años	1,50	2,00
15-17 años	1,20	1,00
18-64 años (grupo de referencia 1 unidad)	1,00	1,00
65-74 años	1,20	2,00
75-84 años	1,70	2,00
85 años y más	2,00	3,00

Fuente: María Ángeles Durán, *El trabajo no remunerado en la economía global*, Bilbao, Fundación BBVA, pág 434, 2012.

La *escala de Santiago* surge en 2008 con un ejercicio de un grupo de especialistas de adaptación de la escala de Madrid I a un grupo de países de América Latina. El ejercicio mantenía como elemento común la demanda del grupo de edad central planteado en la escala de Madrid (15-64), ponderada con un punto. A partir de ahí, cada especialista elaboró una escala para el contexto de su país con el concepto básico de cuidado en el hogar (y no el de trabajo no remunerado en general, aplicado en la escala de Madrid). El detalle del proceso de elaboración de la escala de Santiago puede consultarse en Durán (2012: 435-439).

La comparación de la escala de Santiago con la Escala de Madrid I se presenta a continuación (véase cuadro A3):

Cuadro A3
Proporcionalidad entre la escala de Madrid I y la escala de Santiago

Grupos de edad	A	B
	Escala de Madrid I	Escala de Santiago
0-4 años	2,00	5,57
5-14 años	1,50	2,32
15-17 años	1,20	1,77
18-64 años (grupo de referencia 1 unidad)	1,00	1,00
65-74 años	1,20	1,90
75-84 años	1,70	2,34
85 años y más	2,00	2,55

Fuente: María Ángeles Durán, *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao, Fundación BBVA, pág 438, 2012.



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****Asuntos de Género****Números publicados**

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

135. Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas, Cecilia Rossel (LC/L.4186), 2016.
134. ¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas en Montevideo (Uruguay), Karina Batthyány (LC/L.4182), 2016.
133. Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe. Deudas de igualdad, Catalina Céspedes y Claudia Robles (LC/L.4173), 2016.
132. ¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas. La comuna de Santiago de Chile, Olga Segovia M. (LC/L.4127), 2016.
131. El horizonte de la igualdad de género: Colombia y Cuba frente a los retos del cuidado, Isabel Sáez Astaburuaga (LC/L.4110), 2015.
130. Hacia la construcción de pactos para la autonomía económica de las mujeres: la experiencia de Costa Rica, El Salvador, Panamá y el Perú, Ana F. Stefanović (LC/L.4109), 2015.
129. Política de cuidados en El Salvador: opciones, metas y desafíos, Soledad Salvador (LC/L.4086), 2015.
128. Avanzando hacia la corresponsabilidad en los cuidados: análisis de las licencias parentales en el Uruguay, Karina Batthyány, Natalia Genta y Valentina Perrotta (LC/L.4085), 2015.
127. El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay, Karina Batthyány, Natalia Genta y Valentina Perrotta (LC/L.4057), 2015.
126. Corresponsabilidad de los cuidados y autonomía económica de las mujeres: lecciones aprendidas del Permiso Postnatal Parental en Chile, Carina Lupica (LC/L.3989), 2015.
125. Instituciones laborales y políticas de empleo: avances estratégicos y desafíos pendientes para la autonomía económica de las mujeres (LC/L.3977), 2015.
124. Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales (LC/L.3958), 2015.
123. El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género: análisis comparativo sobre el cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay (LC/L.3687), 2013.
122. Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe: caminos recorridos y desafíos hacia el futuro (LC/L.3678), 2013.
121. Las relaciones de género entre la población rural de Ecuador, Guatemala y México (LC/L.3561), 2012.

ASUNTOS DE GÉNERO

ASUNTOS DE GÉNERO

ASUNTOS DE GÉNERO



COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org