

Capítulo 1

UNA CUANTIFICACIÓN DE LAS DEMANDAS DE CUIDADO

La construcción de una escala de cuidados

1. Precisiones conceptuales

La atribución exclusiva a las mujeres, de los cuidados y las responsabilidades familiares, lesiona el desarrollo de la ciudadanía social de éstas; compartir las responsabilidades familiares y de reproducción social, renegociar al interior de los distintos modelos familiares estas responsabilidades, es un reclamo presente hoy, a partir de los planteos de las organizaciones de mujeres, y también como resultado de los acuerdos planteados en las conferencias internacionales. La sobrecarga por el trabajo doméstico y las responsabilidades familiares ha estado en el centro del debate feminista desde sus inicios, y es un tema que continúa vigente con la actual división sexual del trabajo.

Tal como plantea M. A. Durán, *“El ciclo vital de mujeres y varones presenta algunas diferencias. La mayor parte de los varones vende su tiempo en el mercado de trabajo durante un período determinado que le permite generar derechos suficientes para su automantenimiento y el de sus hogares. Sin embargo, la mayoría de las mujeres asume un contrato social implícito que la vincula con su familias de manera permanente en la cesión de su fuerza de trabajo, sin límites definidos temporalmente. Actualmente, y de manera cada vez más creciente, las mujeres intentan mantener con el sistema económico, político y administrativo una relación individualizada en lugar de derivándola de los varones de su familia, pero su acceso al mercado de trabajo está muy dificultado por la carga de trabajo no remunerado que se les adscribe socialmente”* (Durán, 2000).

Las preocupaciones por transformar y encontrar soluciones a este tema presentan desafíos a la teoría y a la investigación, por encontrarse las posibles soluciones directamente relacionadas a un cambio cultural complejo e incierto, que

comprende aspectos subjetivos y simbólicos. La igualdad entre los géneros plantea problemas de difícil solución a nivel teórico y organizativo. Las mujeres han desempeñado tradicionalmente tres funciones clave para la reproducción social: la gestación de nuevas vidas, la prestación directa de servicios al conjunto de la población por medio de la estructura de los hogares y la cohesión afectiva y expresiva. ¿Cómo se reorganizarán estas funciones en el marco de nuevas relaciones de género?

Las pautas sociales e institucionales que sirvieran para fijar a las mujeres dentro del ámbito doméstico definiendo límites a su relación con lo público y con el Estado, experimentaron importantes transformaciones a partir de los años sesenta en los países de la región. En el marco del desarrollo de las funciones del “Estado de bienestar”, las estructuras familiares tradicionales comenzaron a ser prescindibles para el desempeño de ciertos roles funcionales a la regulación de la producción económica y la reproducción humana en las sociedades industriales avanzadas. Ciertas necesidades pasaron a ser atendidas por el Estado, en el contexto de una importante capacidad fiscal de captación de recursos económicos, destinados a ser administrados por las burocracias estatales a través de programas y servicios dirigidos al “bienestar de las familias”.

La crisis de los Estados latinoamericanos y los cambios en las políticas sociales en las últimas décadas, tuvieron como efecto privatizar la responsabilidad por el bienestar, transfiriendo tareas del Estado hacia las familias. En la actualidad, los servicios y políticas sociales están siendo reemplazados en un Estado cuyas funciones redistribuidas se han limitado y focalizado especialmente hacia los sectores más carenciados, retirándose progresivamente de aquellas actividades que pueden ser abordadas por el sector privado.

En el Estado de bienestar “ideal”, los costos de estos servicios se asumen de manera colectiva y solidaria, sobre la base de políticas impositivas y fiscales orientadas a la redistribución del ingreso. En el modelo liberal actual de la economía de mercado, estos costos deben ser cubiertos individualmente, o mejor dicho por las redes familiares y las unidades domésticas de las cuales estas personas son miembros. El resultado es una creciente polarización social que se inscribe en el debate que tiene como eje la redefinición de las relaciones entre Estado y mercado, la forma en que los recursos sociales deben ser asignados y apropiados, la determinación de quienes ejecutarán ese reparto y los criterios y los actores que intervendrán en el mismo (Aguirre y Fassler, 1997).

Las necesidades de cuidado insatisfechas han aumentado a causa de la crisis económica y de las transformaciones del Estado.

En la vida privada, el déficit de cuidado es más notorio en familias donde las madres trabajadoras –casadas o solteras– no reciben ayuda suficiente de sus pa-

reas o familiares, constituyendo una fuente de tensiones importante en las familias, especialmente para las mujeres. En el ámbito público, el déficit de cuidado se ve –entre otros indicadores– en la insuficiencia de atención que prestan las políticas sociales a la situación de las madres, de los ancianos, de los enfermos, de los impedidos.

Una primera preocupación por el tema de las necesidades de cuidado de una sociedad, es su cuantificación, es decir, aproximarnos a una medida concreta de cuáles son las demandas de cuidado de una sociedad determinada, y cuáles también las ofertas de esa sociedad para su población. En este sentido, parece pertinente realizar esfuerzos de cuantificación de la demanda de cuidados de la sociedad uruguaya. Para esto se propone, siguiendo metodologías experimentadas en otros países, la construcción de una escala de las necesidades de cuidado de la población uruguaya.

2. La construcción de la escala de cuidados¹⁰

Para la demanda de cuidados en el sentido que se ha conceptualizado en los capítulos anteriores, se puede reconocer cuatro fuentes principales que generan demanda de trabajo no remunerado, que dependen de los grupos de población en los que se origina dicha demanda:

1. la creada por los niños;
2. la creada por los enfermos;
3. la creada por los ancianos;
4. la generada por los sobre ocupados en actividades remuneradas.

La profesora María Ángeles Durán¹¹ (CSIC-España), ha desarrollado una escala llamada “Índice o Escala Madrid”, que puede aplicarse para calcular la demanda general de trabajo de cuidado en un país, en un momento determinado. Este índice trata de calcular el impacto de las necesidades de cuidado en una población determinada. Es utilizada para la medición y proyección de la demanda total de cuidados de toda la población en un país.

10 La idea de la creación de esta escala para Uruguay surge de una conversación realizada en Montevideo entre Rosario Aguirre y Karina Batthyány con la profesora española María Ángeles Durán a propósito de la existencia de la Escala Madrid que cuantifica las demandas de cuidado para España y otros países de la Unión Europea. La creación de esta escala es un primer intento por cuantificar las demandas de cuidado para nuestro país, basada en proyecciones poblacionales para los próximos veinticinco años y la valoración de los requerimientos de cuidado que las personas demandan según su edad.

11 La presentación de la Escala Madrid de la Profesora M. A. Durán se puede encontrar, entre otros, en los siguientes trabajos:

Durán, M. A., (coord): *The future of work in Europe*, EC, DGV, Bruselas, 1999.

Durán, M. A., “*Si Aristóteles levantara la cabeza*”, Col. Feminismos, Ed. Cátedra, Univ. Valencia, Madrid, 2000.

“Así como el Índice Oxford se utiliza para calcular el impacto de la composición por edades del hogar en la disponibilidad real de recursos monetarios, el índice de Madrid trata de calcular el impacto de la necesidad de cuidados. [...] Aunque la escala Madrid ha sido diseñada para el análisis de los hogares, también puede ser utilizada para la medición y la proyección de la demanda total de cuidados de toda la población de un país determinado. Cuando existan datos más detallados sobre el trabajo no pagado, esta escala podrá refinarse y adaptarse a condiciones de demandas más específicas.” (Durán, 1999).

Esta escala, que permite calcular las necesidades y las demandas de cuidado de los hogares y puede proyectarse a la población, habilita aproximarse cuantitativamente al fenómeno cuando se habla de déficit de cuidado en una sociedad concreta, de necesidades insatisfechas de cuidado.

La escala Madrid ha sido construida con los siguientes supuestos. Los valores de variación de la escala se sitúan entre 1 y 2, correspondiendo el valor 1 a los individuos que son capaces de autobrirarse todas sus necesidades de cuidado, y el valor 2 a aquellos individuos que necesitan de cuidado permanente durante todo el día; los valores intermedios, por tanto, corresponden a necesidades parciales de cuidado.

Los grupos de edad se ponderan por su capacidad específica para generar demanda de cuidados, la totalidad de ésta en cada país, puede así calcularse aproximadamente.

Para la asignación de los valores intermedios, según los tramos de edad, se recurrió a la metodología de jueces. Los valores finalmente otorgados en la Escala Madrid son: para los adultos de 18 a 64 años de edad que viven en el hogar, se requiere 1 unidad de cuidado por persona; para los niños de 0 a 4 años, se necesitan 2 unidades; los de 5 a 14 años requieren 1.5; los jóvenes de 15 a 17 años, 1.2 unidades; las personas de 65 a 74 años, 1.2; los adultos de edad avanzada (75 a 84), 1.7; y los ancianos de edad muy avanzada, mayores de 85 años, requieren 2 unidades de cuidado.

Basándose en la construcción de la Escala Madrid, se propone la creación de una escala similar para el Uruguay, construida de forma tal que pueda ser comparable con la escala mencionada, es decir respetando la proximidad entre los rangos etarios y la variación entre los valores 1 y 2 como valores de la escala. Para la construcción de ésta, según las especificidades nacionales, se ha trabajado con el sistema de jueces, pidiéndole a un total de diez jueces que ponderarán las necesidades de cuidado de los individuos según su edad entre los valores 1 y 2. Este panel de jueces fue integrado por personas de diferente sexo, edad y ciclo de vida.

De esta forma, adaptando los rangos de edad a las proyecciones poblacionales disponibles para el país (proyecciones del Centro Latinoamericano de Demogra-

fía –Celade–), se construye la escala ponderando las diferentes edades de la siguiente manera:

0-4 años	2 unidades de cuidado
5-14 años	1.7 unidades de cuidado
15-19 años	1.5 unidades de cuidado
20-64 años	1.2 unidades de cuidado
65-74 años	1.5 unidades de cuidado
75-79 años	1.7 unidades de cuidado
80 y más años	1.9 unidades de cuidado

Cómo puede apreciarse, la primer diferencia con la Escala Madrid es que el supuesto que las personas adultas entre 18 y 64 años son capaces de autocuidarse completamente, y por tanto asumen el valor 1, fue modificado en la construcción de la escala para Uruguay. En la discusión e intercambio realizado con los jueces integrantes del panel, surgió que los adultos en esas edades requieren cuidados parciales que no se verían reflejados en la ponderación si se les aplica el valor 1.

En los cuadros siguientes se plantea la aplicación de esta escala para las proyecciones poblacionales de Uruguay para los años 2000, 2010 y 2020.

La primer evidencia que surge al calcular la escala, es que Uruguay presenta una demanda de cuidados superior a la de la población proyectada. En el cuadro 1 de página siguiente, se percibe que esa demanda es del entorno del 40% superior a la población proyectada para los años seleccionados. Es decir, que existe y existirá en los años proyectados una demanda de unidades de cuidado un 40% superior a la población existente. Esa demanda superior deberá ser cubierta por algún sector de la población que verá así recargado su trabajo de cuidado a nivel social.

Si se analizan las proyecciones de demanda de cuidados respecto a la población de 20 a 64 años, bajo el supuesto de que es este sector de la población –es decir las personas adultas de ambos sexos–, quien está habitualmente encargado de cuidar al resto de la población: niños, enfermos, impedidos, etc., la demanda es aún mayor. Para las personas de 20 a 64 años las unidades de cuidado demandadas son del entorno del 250%. Esto quiere decir que cada adulto deberá proporcionar en el futuro 2 unidades y media de cuidado. Cada adulto de entre 20 y 64 años de edad deberá brindar cuidados a 2.5 personas, o lo que es lo mismo, 1 unidad de cuidado para sí mismo y 1 y media restante para los otros sectores de población.

Cuadro 1
LA DEMANDA DE CUIDADOS EN URUGUAY
PROYECCIONES AÑOS 2000, 2010 Y 2020
Demanda según origen demográfico, distribución por edades

Grupos de edad	Ponderador Escala de Cuidados	2000	2010	2020
0-4	2	566.248	556.062	548.310
5-14	1.7	925.157	952.286	938.590
15-19	1.5	382.797	412.707	419.154
20-64	1.2	2.189.207	2.380.254	2.593.894
65-74	1.5	383.804	373.367	422.313
75-79	1.7	146.127	169.104	172.152
80 y más	1.9	167.894	229.062	272.179
Total de unidades de cuidado demandadas		4.761.233	5.072.841	5.366.592
Total población		3.337.062	3.566.525	3.793.341
% Unidades de cuidado demandadas respecto a población total		143	142	141
% Unidades de cuidado demandadas respecto a población 20-64		260	255	248

Fuente: Elaboración propia en base a proyecciones de población del Celade y aplicación de la Escala.

Si además se considera que de esos adultos de entre 20 y 64 años, los que habitualmente se hacen cargo de los trabajos de cuidado y responsabilidades familiares son las mujeres, la demanda que recae y recaerá sobre ellas es aún mayor.

En la situación actual en Uruguay, donde existe un déficit de cuidado importante, esta problemática no ha impactado aún con toda la fuerza que las cifras indican porque en este país existe todavía una generación de mujeres que amortiguan este impacto; es decir, mujeres de 55 y más años que no están incorporadas al mercado de trabajo remunerado (las “amas de casa”) y que de diversas

formas responden a estas necesidades de cuidado insatisfechas. Pero, dada la creciente tasa de participación femenina en el mercado de trabajo, es de suponer que este efecto amortiguador desaparecerá en pocos años, por lo que la problemática de la demanda de cuidados insatisfecha será un tema central.

Como se aprecia en el cuadro 1, la demanda más creciente pertenece a los sectores de población de más edad, convirtiéndose éste en un sector prioritario de atención. De acuerdo a las proyecciones de población elaboradas por el Celade, en el 2025, por cada 100 personas jóvenes, en el Uruguay habrá 93 de edad avanzada; mientras que en 1995 la relación era de 100 a 50.

Si bien los ponderadores de la escala para el caso de Uruguay fueron adaptados a la valoración de los jueces locales y no se corresponden exactamente con los aplicados por la Escala Madrid, es pertinente presentar los resultados de la aplicación de esta escala para algunos países europeos.

Cuadro 2

EL TRABAJO DE CUIDADO EN EUROPA (ESCALA DE MADRID) EN 1995
Demanda según origen demográfico, distribución por edades, en miles

Grupos de edad	Escala de Madrid	Europa 15	España	Francia
0-4	2	42.170	3.870	7.252
5-14	1.5	66.507	5.609	11.640
15-17	1.2	16.916	2.293	2.271
18-64	1	234.932	24.742	35.680
65-74	1.2	40.299	4.233	6.181
75-84	1.7	29.682	3.149	4.172
85 y más	2	12.030	1.074	2.156
Total de unidades de cuidado demandadas		442.536	44.970	69.352
Total población		371.563	39.177	58.020
% Unidades de cuidado demandadas respecto a población total		119%	115%	119%
% Unidades de cuidado demandadas respecto a población 18-64		188%	152%	194%

Fuente: Elaboración de Durán *et al.*, Con datos de Eurostat. Statistiques Démographiques, 1996. Tomado de *El futuro del empleo en Europa*, Durán *et al.*, 2000, p.253.

Como se aprecia en el cuadro anterior, para los quince países que conforman la Unión Europea (Europa de los 15) el porcentaje de unidades de cuidado demandadas respecto a la población total es de 119%, siendo para el caso de España de 115% y para Francia de 119%. Se recuerda que en el caso de Uruguay esta cifra ascendía a 143%. Si se analizan las unidades de cuidado demandadas respecto a la población adulta de 18 a 64 años, se constata un requerimiento del 188% para el conjunto de los países europeos, siendo 152% en el caso español y 194% en el francés. En Uruguay esta demanda asciende al 260% para el año 2000.

La comparación presentada muestra que los resultados para el caso uruguayo son más preocupantes aún que los resultados de los países europeos; preocupantes por presentar una demanda de cuidado potencialmente mayor y por tratarse de una sociedad que, como se verá más adelante, no está preparada para responder a esta demanda en el nivel público.

En el siguiente cuadro, se presenta el origen de la demanda de cuidados según edades. Se aprecia que, promedialmente según las proyecciones 2000, 2010, 2020, el 37% de la demanda de cuidados está constituida por niños y jóvenes, los adultos constituyen el 47% de la demanda (la única que puede ser considerada como autosuficiente en términos hipotéticos) y los adultos mayores constituyen el 15%.

Cuadro 3
EL TRABAJO DE CUIDADOS EN URUGUAY
PROYECCIONES PARA LOS AÑOS 2000, 2010 Y 2020
 Demanda según origen demográfico. Distribución por edades

Edad	2000 (%)	2010 (%)	2020 (%)
Preescolar 0-4	12	11	11
Escolar 5-14	19	19	17
Joven/escolar 15-19	8	8	8
(0-19) Subtotal 1	39	38	36
Adultos 20-64	46	47	48
(20-64) Subtotal 2	46	47	48
Mayores 65-74	8	7	8
Edad avanzada 75-79	3	3	3
Edad muy avanzada 80 y más	4	5	5
(65 y más) Subtotal 3	15	15	16
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, hay un 52% de la demanda de cuidados, constituida por niños, jóvenes y adultos mayores que son los sectores de la población tradicionalmente considerados como dependientes. Si se piensa en los adultos mayores de edad avanzada y muy avanzada, se ubica allí un 8% de la demanda de cuidados. Si se observa el otro extremo de la población desde el punto de vista etario, los niños pequeños (0 a 4 años) representan promedialmente el 11% de la demanda.

De acuerdo con estas proyecciones, las actitudes y la gestión de la producción para el mercado tendrá que transformarse con el fin de acomodarse a la nueva demanda de trabajos de cuidados. Esta demanda no podrá satisfacerse por los propios demandantes a los precios corrientes en el mercado de trabajo puesto que en un 52% de los casos son niños, jóvenes o adultos mayores, quienes generalmente no cuentan con los recursos económicos necesarios para acceder a esos servicios en el mercado.

Los problemas sociales surgen ante la diferente capacidad de los distintos grupos de edad para pagar por sus propias necesidades. La pregunta a realizarse es quién proveerá los servicios requeridos por las poblaciones dependientes. El tiempo es un recurso escaso, si se dedica al trabajo remunerado no puede dedicarse al trabajo no remunerado, al tiempo de ocio, al entretenimiento, a la capacitación o a la participación ciudadana.

La forma de satisfacer las funciones sociales básicas es un tema político de gran relevancia porque implica la adscripción social de cargas y beneficios. De ahí, la necesidad de hacer visibles estas funciones y extender la investigación al ámbito tradicionalmente definido como privado o doméstico.

La aproximación cuantitativa que permite esta escala no habilita a establecer diferencias en el origen de la demanda de cuidados según otras características de la población tales como sexo, tipo de hogar, nivel socioeconómico, etc.

Frente a estos elementos surge la necesidad de conocer las ofertas de cuidado existentes en la sociedad y las posibilidades de acceso de los distintos sectores sociales a esos servicios.

Los capítulos siguientes tratan sobre la caracterización de la oferta de servicios de cuidado infantil y las posibilidades de acceso de la población a esos servicios según las particularidades mencionadas. Sería interesante, sin duda, sistematizar y caracterizar la oferta de servicios existentes para todos los sectores de la población, pero este propósito excedería las posibilidades de este estudio, por lo que se dedica, en los puntos siguientes, al cuidado infantil exclusivamente.