

CUIDADO Y BIENESTAR EN UN CONTEXTO DE DESARROLLO

Como se ha visto en los capítulos previos de la segunda sección, las condiciones de pobreza y bienestar se ven afectadas no solo por ingresos y salarios, sino por los servicios sociales y la protección social. Este capítulo argumenta que otra importante –aunque a menudo invisible– contribución al ingreso y el bienestar es el trabajo no asalariado que se dirige al sostenimiento de familias, hogares y sociedades sobre bases diarias y generacionales. Esto constituye un aspecto central de la reproducción social, que es un elemento clave de la política social transformadora (véase el resumen de este informe).

El trabajo de cuidados no remunerado incluye el trabajo en el hogar (preparación de alimentos y limpieza) y el cuidado de personas (bañar a los hijos o cuidar a los ancianos, por ejemplo) que se lleva a cabo en casas y comunidades. Dicho trabajo contribuye al bienestar y nutre el crecimiento económico a través de la reproducción de la fuerza de trabajo que es apta, productiva, capaz de aprender y de ser creativa. Las mujeres desempeñan el grueso del trabajo de cuidados sin sueldo en todas las economías y culturas. Se estima que si a ese trabajo se le asignara un valor monetario, constituiría entre el 10 y el 39 por ciento del PIB de un país.¹

Si al trabajo no remunerado se le asignara un valor monetario, éste constituiría entre el 10 y el 39 por ciento del PIB de un país

A pesar de su considerable valor económico, el trabajo de cuidados no remunerado no se incluye en los estudios sobre la fuerza laboral. Tampoco se incorpora en los cálculos del PIB de un país. Por tanto, no se ve reflejado en los indicadores económicos que informan acerca de la formulación de políticas. De manera análoga, a pesar de su importancia para la consecución de los ODM (como la reducción de la mortalidad infantil y materna, lograr la educación primaria universal y combatir el VIH/Sida) el trabajo de cuidados no remunerado no es mencionado de manera explícita en los ODM.

Los servicios de cuidados pagados como el cuidado infantil, el cuidado de los ancianos, la enfermería y la enseñanza, también constituyen una parte creciente de la economía y el empleo en muchos países. En Estados Unidos, por ejemplo, los servicios de cuidados profesionales y domésticos han crecido hasta emplear el 13.3 por ciento de la fuerza laboral en 1900 a 22.6 por ciento en 1998 (representando casi a tantos trabajadores como los que se encuentran en el sector manufacturero).² En India, el número de empleados domésticos se ha incrementado significativamente en la pasada década de liberalización económica. Cuando el trabajo de cuidados es remunerado y protegido dignamente, puede satisfacer los intereses tanto de los trabajadores como de los usuarios de esos servicios. Pero esto rara vez sucede.

¹ Estos datos se calcularon en seis países que formaron parte de un estudio del UNRISD multiplicando el número estimado de horas dedicadas al cuidado no remunerado por un “salario generalizado” (esto es, usando el salario promedio pagado a un trabajador, como el trabajar doméstico o el ama de llaves, que llevaría a cabo virtualmente todas las tareas) (Budlender 2008a).

² Folbre y Nelson 2000.

¿Por qué la política de desarrollo debería preocuparse por los cuidados? Algunos enfatizarían que es importante para el crecimiento económico, sea en términos de su contribución a la formación de capital humano o como componente de la inversión social. Otros ven los cuidados de manera más amplia, como parte de la fábrica social e integral del desarrollo social. La manera en que las sociedades asumen los cuidados tiene implicaciones para las relaciones de género y la desigualdad.

La necesidad de abordar los cuidados a través de políticas públicas es ahora más urgente que nunca. El ingreso masivo de las mujeres a la fuerza laboral remunerada –tendencia casi global- ha limitado el tiempo disponible para el cuidado no remunerado de la familia y los amigos. En algunos países la población que envejece y grandes crisis de salud (especialmente el VIH y el SIDA) en otros, han intensificado la necesidad de servicios de cuidados. Entre tanto, mientras el aprovisionamiento público de infraestructura y servicios de bienestar no logra satisfacer las necesidades ni la demanda, especialmente en tiempos de crisis, las responsabilidades de los cuidados recaen nuevamente en las familias, siendo las mujeres y las niñas quienes a menudo actúan como la red de seguridad.³ Sin embargo, existen serios límites acerca de cuán lejos se puede dejar la responsabilidad en el trabajo no remunerado de la economía sin dañar las capacidades humanas y sin debilitar la fábrica social. En años recientes, tal vez en reconocimiento de estos riesgos, los cuidados empezaron a ser vistos, al menos en parte, como una responsabilidad pública.

Este capítulo desafía la visión de que sólo los países más desarrollados pueden pagar por el aprovisionamiento especializado de cuidados por parte del Estado y el mercado, y que los países pobres, por necesidad, deben depender del trabajo familiar no remunerado y de las soluciones comunitarias. De hecho, muchos gobiernos de países en desarrollo están experimentando con nuevas formas de responder a las necesidades de cuidados en sus sociedades. Las variaciones entre los países en cómo las políticas sociales y de cuidados están siendo delineadas arrojan importantes lecciones políticas.

La evidencia proporcionada en este capítulo apunta cuatro conclusiones principales.

- Los cuidados no remunerados son la piedra angular del aprovisionamiento social y estimulan el crecimiento económico y el desarrollo social. Sin embargo son invisibles e infravalorados.
- Las mujeres llevan a cabo el grueso del trabajo de cuidados.
- Las políticas favorables a los cuidados no son un lujo que sólo los países ricos puedan tener.
- Las políticas de cuidados explícitas podrían ser inadecuadas en muchos países en desarrollo. Pero las políticas en otras áreas, que afectan el ingreso, pueden ser importantes fuentes de apoyo para los proveedores de cuidados no remunerados.

La sección 1 de este capítulo establece los conceptos clave y el marco para el análisis de los cuidados y las repuestas políticas.

La sección 2 se centra en un componente significativo del aprovisionamiento de cuidados: el amplio espectro del trabajo de cuidados no remunerado desarrollado en las familias, los hogares y las comunidades tanto en países industrializados avanzados como en desarrollo.

³ González de la Rocha 1988; Bakker 1994; Elson 2002.

También mira a las características de género de dichos cuidados, utilizando información disponible a través de encuestas sobre el uso del tiempo.

La sección 3 explora las configuraciones institucionales, las políticas y los recursos que afectan el aprovisionamiento de cuidados en una serie de países. La sección revisa brevemente las similitudes y diferencias en las políticas de cuidados en los países industrializados avanzados. Se centra entonces en otros tres grupos de países o áreas que no han sido motivo de una investigación tan extensa: los Estados desarrollistas del Sudeste Asiático; los países de ingresos medios de América Latina y el África Subsahariana, y las economías agrícolas de ingresos más bajos donde los desafíos políticos son más severos.

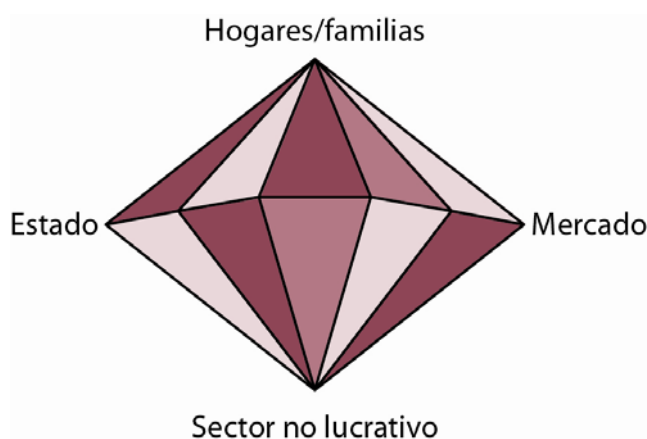
La sección 4 establece principios clave que son necesarios para informar las políticas y las prioridades políticas en los países en desarrollo.

1. El cuidado en contexto: acuerdos institucionales y políticas habilitadoras

Diversas instituciones se encargan del aprovisionamiento de cuidados

Cuatro instituciones principales están involucradas en el diseño, financiamiento y aprovisionamiento de los cuidados: los hogares y las familias; los mercados; el Estado; y el sector no lucrativo. Estas instituciones pueden ser representadas como un diamante del cuidado (figura 7. 1).⁴ Adicionalmente, las evidencias de muchos países de ingresos bajos y medio-bajos, detalladas en la sección 3, sugieren que los organismos internacionales multilaterales, bilaterales y no gubernamentales también financian e influyen muchas políticas relacionadas con los cuidados y los programas en países dependientes de ayuda.⁵

FIGURA 7. 1: El diamante del cuidado.



Estas instituciones interactúan de maneras complejas, y las fronteras entre ellas no son nítidas ni estáticas. Por ejemplo, el Estado a menudo ofrece fondos para servicios de cuidado que son administrados a través de organizaciones no lucrativas.⁶ Adicionalmente el papel del Estado es cualitativamente diferente del de otras instituciones del diamante del cuidado, porque no es

⁴ Razavi 2007b.

⁵ Gough 2004; Wood y Gough 2006.

⁶ Patel 2009.

sólo un proveedor de servicios públicos de cuidados, sino un decisor significativo cuando se trata de los derechos y las responsabilidades de las otras instituciones. Es fundamental el si y el cómo el Estado usa su papel en la definición de quién tiene acceso a cuidados de calidad y quien carga con los costos de su aprovisionamiento. La creación, regulación y financiamiento efectivos de los servicios de atención pueden incrementar el acceso, la disponibilidad y la calidad de los cuidados y reducir la carga de tiempo que se asigna a los cuidadores no salariables. De manera análoga, los permisos parentales o asignaciones familia/por hijo se pueden financiar a través de impuestos o programas de seguridad social, socializando, por lo tanto, algunos de los costos asumidos por los cuidadores no remunerados.

Donde el Estado carece de la capacidad (o de la voluntad política) para proporcionar, financiar y regular los cuidados adecuadamente, las familias y los hogares enfrentan inevitablemente una mayor responsabilidad en su aprovisionamiento. La excesiva dependencia en el trabajo no remunerado de miembros de la familia no se limita a los países en desarrollo. En naciones tan diversas como Italia, España y Suiza, a la mayor parte de las familias se les deja hacer sus propios acuerdos de aprovisionamiento de cuidados, algunas veces contratando trabajadores migrantes informalmente empleados.⁷

Los diamantes de cuidado también varían según los grupos de ingreso. Los hogares con ingresos elevados, por ejemplo, se encuentran con frecuencia en una mejor posición para elegir entre distintas opciones (como los servicios públicos o privados basados en tarifas, o la contratación de trabajadores domésticos), mientras que los hogares de bajos ingresos tienen opciones más limitadas (por ejemplo, las instalaciones públicas para el cuidado infantil con largas listas de espera o el cuidado no remunerado a cargo de miembros de la familia).

Un entorno apropiado para aliviar la carga del cuidado

Los buenos cuidados requieren de una variedad de recursos, incluyendo tiempo y recursos materiales.⁸ El tiempo es un recurso clave en los cuidados tanto en contextos de países en desarrollo y desarrollados (véase la sección 3 más abajo). Sin embargo, la cuestión del tiempo no puede ser considerada sin dimensiones materiales. Una cosa es tener poco tiempo y un ingreso elevado (profesionales de clase media), y otra no tener tiempo y tener un ingreso escaso (mujeres asalariadas en India rural), y otra tener mucho tiempo y escasos ingresos siendo obligado a la desocupación debido a las altas tasas de desempleo estructural (como en Sudáfrica). Por tanto, hay tres condiciones previas para proveer cuidados, incluyendo la disponibilidad de:

- trabajo remunerado (o en su ausencia, de transferencias sociales) para asegurar el ingreso suficiente con el que se puedan adquirir los recursos necesarios para los cuidados directos (como comida nutritiva o transporte para llegar al centro de salud más cercano);
- infraestructura y tecnología apropiadas (incluyendo agua y sanidad y tecnología doméstica que permita ahorrar tiempo), para incrementar la eficiencia y disminuir la carga del trabajo doméstico no asalariado; y
- habilitar los servicios sociales (como los cuidados médicos y la educación primaria) para complementar los cuidados no remunerados.

⁷ Williams y Gavanis 2008.

⁸ Tronto 1993.

Ninguna de estas precondiciones puede ser dada por hecho en los países en desarrollo.⁹ Además de este entorno propicio más amplio, asegurar los cuidados adecuados también requiere políticas específicas que tengan una relación directa con el aprovisionamiento de cuidados.

Políticas específicas de cuidados también pueden aligerar la carga

Las políticas específicas relacionadas con los cuidados también pueden ser clasificadas en tres áreas: medidas relacionadas con el tiempo (como los permisos parentales), recursos financieros (como las asignaciones a los hijos y las familias o créditos de pensión) y servicios (servicios de cuidado de los hijos, por ejemplo). Dichas políticas, sin embargo, no se pueden sustituir unas a otras. Son complementarias, aseguran que los derechos y las necesidades de los cuidadores y los receptores de los cuidados sean cubiertos de la mejor manera.

Las licencias pagadas para cuidados (como las licencias parentales) proporcionan a los cuidadores el tiempo y los recursos para cuidar a sus dependientes. Sin embargo, las licencias pagadas rara vez son ofrecidas a los trabajadores que están empleados en el sector informal. Las licencias pagadas también pueden reforzar la noción de cuidadores como el trabajo de las mujeres si está restringido a las trabajadoras.

Las transferencias de efectivo también pueden ayudar a las familias con los costos de educación de a los hijos. Sin embargo, cuando las transferencias se dirigen a las madres y son condicionadas (a que los hijos vayan a chequeos médicos regulares, por ejemplo, o a que las madres vayan a talleres sobre nutrición), esto puede incrementar la presión de las pesadas cargas de las mujeres pobres y la falta de cualquier incentivo para compartir el trabajo entre mujeres y hombres.

Los servicios de cuidados accesibles y asequibles pueden dar a los cuidadores no remunerados la opción de realizar otras actividades, incluyendo la generación de ingresos, a la vez que aseguran un nivel de cuidado y seguridad para sus dependientes. Si se desarrolla de manera apropiada, la inversión en preescolar y cuidados infantiles puede generar nuevas oportunidades de empleo, liberar tiempo para que las mujeres puedan participar en la economía remunerada y cosechar rendimientos a futuro en términos del desarrollo infantil.

El desarrollo económico puede maximizar el tiempo que destinan las mujeres a los cuidados

¿Qué ocurre con los cuidados y el bienestar en el proceso de desarrollo? ¿Facilitan la acumulación de capital –que es una necesidad para los países en desarrollo– los cuidados y el fortalecimiento del bienestar humano? ¿O se produce a costa de ellos? Como se explica en este informe, el proceso de cambio estructural a menudo conlleva un incremento en la productividad agrícola y la diversificación de la base productiva a través de la manufactura, típicamente al elevar el número de productos elaborados a cambio de un pago para las mujeres (véase el capítulo 4). Existen numerosas evidencias que sugieren que el crecimiento y las estrategias de reducción de la pobreza que descansan en un aumento en el trabajo pagado de las mujeres no siempre se corresponde con una reducción de su trabajo en cuidados no remunerados. En esas situaciones, el resultado a menudo es una extensión del tiempo total dedicado por las mujeres al trabajo remunerado y no remunerado, así como una

⁹ UNRISD 2009.

reducción de la calidad de los resultados generados por el trabajo no remunerado, especialmente por la limitación del tiempo disponible para los cuidados.¹⁰

2. El cuidado no remunerado en los hogares, familias y comunidades

Lo que las familias y los hogares proporcionan en cuidados, se puede cuantificar usando la métrica del tiempo. Las principales fuentes de datos son las encuestas sobre el uso del tiempo. Difieren de las encuestas sobre el trabajo estándar en que típicamente piden a los encuestados registrar todas las actividades realizadas en un período específico, incluyendo el tiempo destinado a:

- actividades no productivas: dormir, ocio, estudio y cuidado personal;
- trabajo relacionado con el empleo, que en los países en desarrollo incluye tanto el trabajo de mercado y las actividades de subsistencia, como la agricultura de subsistencia, la recolección de combustible y agua (también llamado trabajo sistema de cuentas nacionales o SNA); y
- trabajo de cuidados no asalariado (también llamado SNA ampliado), que incluye trabajo en el hogar y cuidado de personas sin remuneración.¹¹

El tiempo que dedican las mujeres a los cuidados no remunerados excede al de los hombres en todas partes

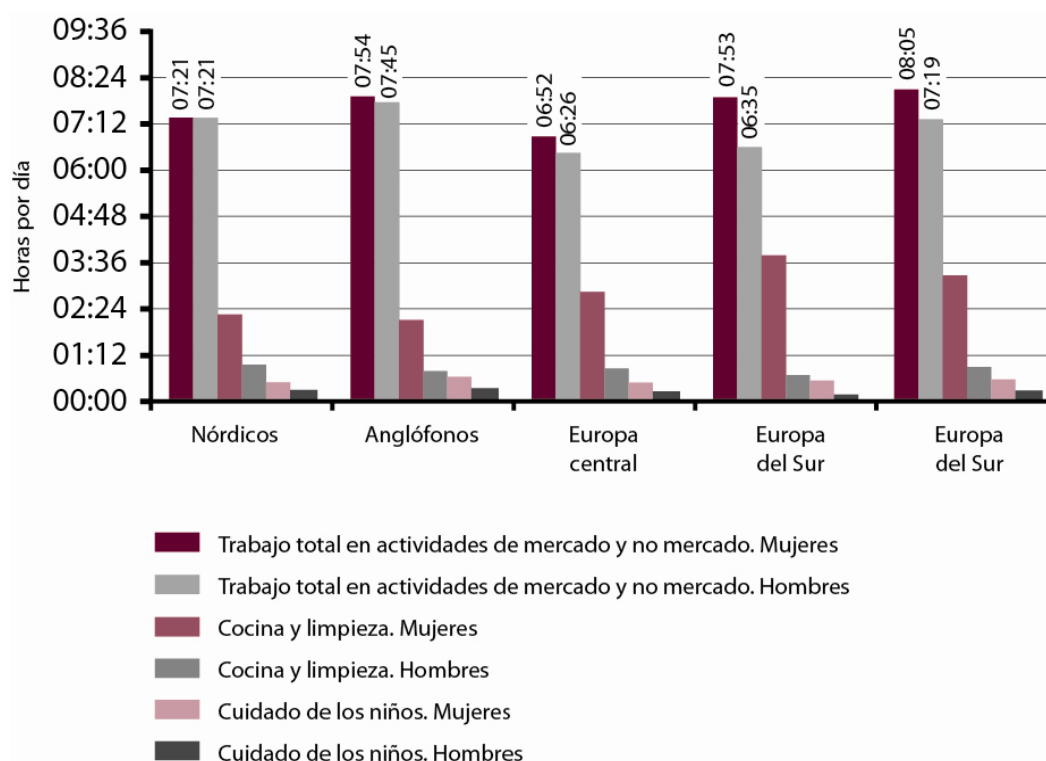
Para ilustrar la importancia del trabajo de cuidados no remunerado en términos de la cantidad de tiempo que se le destina, la figura 7. 2 proporciona estimaciones del tiempo empleado por las mujeres y los hombres en los países de elevados ingresos seleccionados.¹²

¹⁰ Elson 2005.

¹¹ Budlender 2008a. El sistema de cuentas nacionales (SNA) es una gama de reglas aceptadas internacionalmente para calcular el PIB. Tras mucho lobby de parte de redes de activistas, investigadores y algunos gobiernos, el SNA fue revisado en 1993 para incluir (i) trabajo sin contar, es decir, trabajo que no tomado en cuenta en su totalidad debido a problemas conceptuales y metodológicos de recolección de información, a menudo descritos como “sectores de difícil medición” dentro de la economía de mercado, y (ii) trabajo sin contabilizar, es decir, trabajo primario de subsistencia (incluyendo la recolección de combustible y agua), cuyo resultado está destinado al auto-consumo. Sin embargo, los servicios no remunerados (trabajo doméstico, cuidado de personas y trabajo voluntario) siguen siendo excluidos del SNA y referidos como SNA-ampliado.

¹² Los países en cada sector tienden a compartir principios básicos de derechos de asistencia social y presentan resultados relativamente homogéneos (Esping-Andersen 1999).

FIGURA 7. 2: Tiempo promedio destinado al día por mujeres y hombres en trabajo de mercado y no mercado, por sector en países seleccionados de elevados ingresos^a



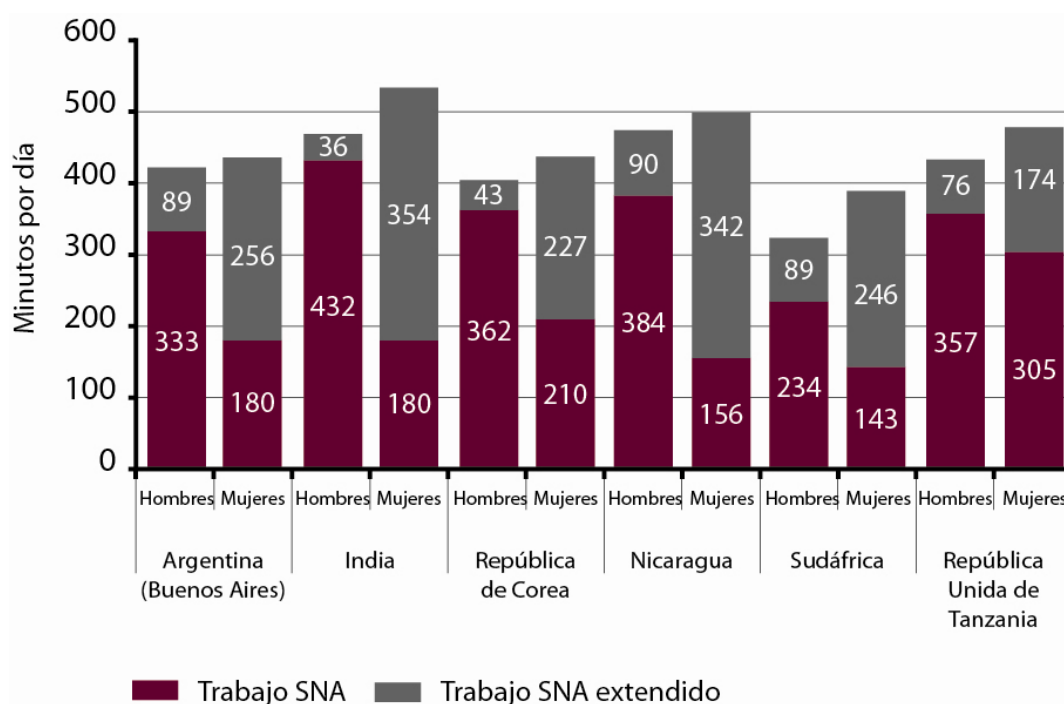
Nota: ^aLos siguientes países están incluidos en cada sección: nórdicos (Finlandia, Noruega, Suecia); anglófonos (Canadá, Reino Unido, Estados Unidos); Europa central (Bélgica, Francia, Alemania); Europa del Sur (Italia, Portugal, España); Europa Oriental (Hungría, Polonia, Eslovenia). Fuente: basado en el UNDP 2008b.

La figura 7. 3 presenta un cuadro similar para seis países en desarrollo: Argentina (Buenos Aires), India, Nicaragua, la República de Corea, Sudáfrica y la República Unida de Tanzania.¹³ Por una serie de razones, incluyendo una variación en los instrumentos y metodologías usadas en la recolección de información en diferentes países, los resultados no son estrictamente comparables pero revelan una tendencia general.¹⁴

¹³ Estos países forman parte del proyecto del UNRISD, *Political and Social Economy of Care*. Todos los informes de los países están disponibles en la página Web del UNRISD (www.unrisd.org).

¹⁴ Budlender 2007.

FIGURA 7. 3: Tiempo promedio destinado al trabajo de SNA y el trabajo de SNA extendido, por país y sexo para una muestra completa de población



Notas: El SNA distingue la producción que se incluye en cálculos del PIB y el que no lo está. El trabajo de SNA incluye la producción de todos los bienes (sean o no vendidos en el mercado) y los servicios en el mercado. El SNA extendido –o trabajo no remunerado– se refiere al trabajo excluido de los cálculos del PIB, como el trabajo en el hogar en el propio domicilio y el trabajo de cuidados no remunerado hacia los niños, los ancianos, y las personas enfermas o discapacitadas. En contraste con el tiempo actor promedio, los cálculos para la misma muestra de población incluyen los que destinan tiempo a los cuidados. Fuente: Budlender 2008a.

Estas dos figuras evidencian que, a pesar de las de sobra conocidas dificultades para obtener información sobre el trabajo de cuidados no remunerado a través de encuestas sobre uso del tiempo,¹⁵ el volumen de ese trabajo desarrollado por mujeres y hombres es significativo. También es de destacar la gran cantidad de trabajo de cuidados no remunerados en países de ingresos elevados. Si bien el trabajo de no mercado sigue siendo importante dentro de las economías avanzadas, su composición parece cambiar con el curso del desarrollo económico, con un descenso de la proporción relativa de tiempo destinado al trabajo en el hogar y un incremento en la participación relativa del tiempo dedicado al cuidado de los niños y otros dependientes.¹⁶

Las mujeres dedican más tiempo a cuidados remunerados y no remunerados que los hombres

Decir que una gran parte del trabajo de cuidados en todas las sociedades es proporcionado sobre bases de no remuneración no significa que el trabajo no remunerado no tenga costos. De hecho, impone costos sustanciales a quienes lo proporcionan en la forma de obligaciones financieras, oportunidades perdidas y ganancias no percibidas –aunque no se ha de negar que también genera recompensas intrínsecas, vínculos familiares y sociales más fuertes, y servicios de buena calidad a los dependientes.¹⁷ Sin embargo, los costos son asumidos de manera desigual. Las mujeres en general tienden a asumir una carga desproporcionada de

¹⁵ Ironmonger 2004.

¹⁶ Folbre y Yoon 2008.

¹⁷ Folbre 2006.

trabajo, mientras que muchos de los beneficios revierten en la sociedad de manera más amplia, a medida que los hijos crecen, se incorporan a la fuerza laboral y pagan impuestos. El costo también se distribuye desigualmente entre las clases sociales, dadas las tasas generalmente altas de fertilidad entre los hogares de menores ingresos.

No debería sorprender que, en todos los países, las horas de trabajo pagado de las mujeres (o trabajo SNA) sean menores que las de los hombres, mientras los hombres contribuyen con menos tiempo para el trabajo de cuidados sin remuneración. Entre los seis países de la figura 7. 3, el tiempo promedio gastado por las mujeres en atención no remunerada es más del doble que el tiempo promedio empleado por los hombres. La brecha de género es más marcada en India, donde las mujeres reemplazan casi 10 veces más tiempo de trabajo de cuidados sin remuneración que los hombres. Los hombres en India y la República de Corea tienden a desarrollar visiblemente menos trabajo de cuidados no remunerados que los hombres en otros países.

Si se combinan el trabajo remunerado y no remunerado, las mujeres en los seis países destinan más tiempo al trabajo que los hombres –lo que significa menos tiempo para el ocio, la educación, la participación política y el cuidado personal. Un patrón similar se encuentra en los países de altos ingresos (con la excepción del grupo nórdico), como se muestra en la figura 7. 2. Por lo tanto, en general, es correcto afirmar que la escasez de tiempo prevalece más entre las mujeres que entre los hombres. Pero esta aseveración se refiere a promedios (o medias) calculados entre la población. De hecho, los patrones de distribución para hombres y mujeres son muy distintos, con menor disponibilidad entre los hombres (es decir, que los hombres desarrollan una cantidad considerablemente baja de trabajo de cuidados sin remuneración) y alta variación entre las mujeres (algunas mujeres llevan a cabo una cantidad de trabajo de cuidado sin remuneración considerablemente mayor que otras). En consecuencia, existe un nivel notable de desigualdad intragrupal.¹⁸

Diversos factores afectan la cantidad de trabajo de cuidados sin remuneración desarrollada por ambos sexos

La edad, el género, el estatus marital, el ingreso/clase, la etnicidad/casta y la presencia de hijos jóvenes en el hogar son algunos de los factores que influyen en el tiempo que las personas destinan al trabajo de cuidados sin remuneración. Estos factores también pueden reforzarse mutuamente. Una simple tabla por edad, por ejemplo, mostraría un modelo claro de mayor compromiso y tiempo gastado en el cuidado de las personas a medida que aumenta la edad, hasta cierto punto. Parte de este patrón se explica por el hecho de que los adultos es más probable que se casen y tengan hijos. Ambos factores entre ellos y por sí mismos tienden a resultar en un incremento en el tiempo destinado al cuidado de personas.

Analizando el trabajo de cuidados sin remuneración más ampliamente, la información entre países muestra que el ser hombre tiende a derivar en una menor realización de este tipo de trabajo. En cuanto a la edad del cuidador, el patrón común supone un incremento inicial en la cantidad de trabajo de cuidados no remunerados desarrollados, seguido de una reducción. Mientras tanto, el ingreso del hogar tiende a registrar una relación inversa con el tiempo que las mujeres destinan al trabajo de cuidados sin remuneración. En otras palabras, en hogares de bajos ingresos, las mujeres destinan más tiempo a esas tareas que en los hogares de

¹⁸ Budlender 2008a.

ingresos elevados, posiblemente reflejando las opciones limitadas para adquirir servicios de atención, la falta de infraestructura y un mayor tamaño del hogar.¹⁹

Tener un hijo joven en el hogar tiene un mayor impacto en el tiempo de trabajo de cuidados no remunerado asumido por mujeres y hombres. A primera vista, esto sugeriría que la caída en los índices de fertilidad puede generar un dividendo en la forma de una reducción de carga de trabajo de cuidados no remunerado. Sin embargo, en realidad, sólo variable demográfica (por ejemplo, una proporción de niños jóvenes frente a los adultos) no determina las necesidades de cuidados ni las cargas. Estas dependen, en cambio, de factores sociales, culturales y económicos que perfilan lo que se considera como una atención buena o suficiente.²⁰

Este punto queda ilustrado en la figura del cuadro 7. 1, que muestra que la proporción de la dependencia de cuidados es más baja en la República de Corea, seguida de Argentina, y más alta en la República Unida de Tanzania, reflejando, en particular, el tamaño relativo de la serie de menores de seis. Las estructuras demográficas sugieren así una menor carga de cuidados en la República de Corea y Argentina que en la República Unida de Tanzania, India y Sudáfrica. Sin embargo, los muestreos sobre el uso del tiempo muestran que más tiempo es asignado relativamente al cuidado de personas en los primeros dos países que en los últimos tres. En éstos últimos, como se verá en la siguiente sección, podría existir un serio déficit de cuidados.

CUADRO 7. 1: Midiendo la carga de los cuidados: la proporción de dependencia de los cuidados

El índice de dependencia de los cuidados busca reflejar la carga relativa depositada en los cuidadores y la sociedad. Al igual que en el índice de dependencia estándar, el índice de dependencia de cuidados se define en términos de grupos de edad. Aquellos con grandes necesidades de cuidados (0-6 años y de 85 o más años) reciben un peso completo, mientras que aquellos con menores necesidades (7-12 años y 75-85 años) reciben pesos medios. Los cuidadores potenciales caen en la categoría de edad de 15-74 años.

Los que necesitan cuidados:

A=0-6 años; peso: 1

B= 7-12 años; peso: 0. 5

C=75-84 años, peso: 0. 5

D=85 o más; peso: 1

Cuidadores potenciales:

E= 15-74 años

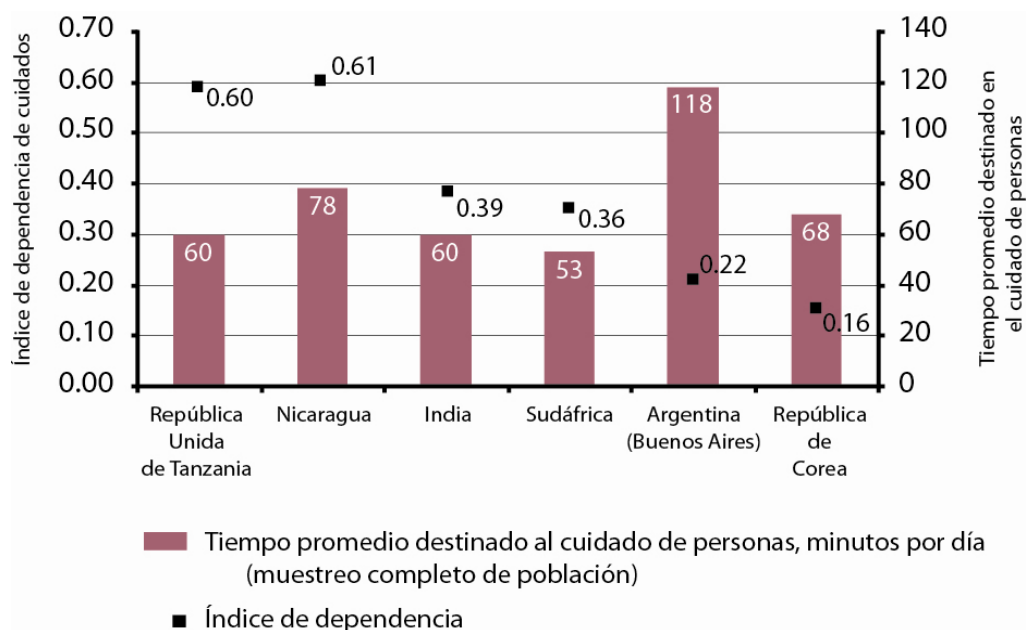
Índice de dependencia de cuidados= $[A+B+C+D]/E$

El índice de dependencia de cuidados tiende a subestimar el número de personas necesitadas de cuidados (y sobreestima el número de cuidadores), puesto que no toma en consideración a aquellos en cualesquiera de los grupos que son discapacitados o están enfermos (debido a la falta de información adecuada). La subestimación es más probable que ocurra en países afectados por el VIH y el SIDA. El índice de dependencia de cuidados también omite el hecho de que las personas requieren una cierta cantidad de cuidados.

¹⁹ Budlender 2008a.

²⁰ Daly 2001.

Índices de dependencia de cuidados y tiempo destinado al cuidado de personas



3. Medidas de atención por países

Esta sección explica cómo son abordadas las necesidades de atención a través de la política pública en una amplia variedad de países –desde los estados de bienestar institucionalizado, donde el tema del cuidado es un elemento establecido de la agenda política, a los estados desarrollistas de Asia Oriental y países de ingreso medios. Finalmente, mira a los países en desarrollo agrícolas y de menores ingresos donde los desafíos políticos de los cuidados son más severos.

Como resultado de este análisis queda claro que a pesar de los relativamente similares niveles de ingreso en el interior de cada segmento hay una variación considerable en la manera en que son enfrentadas las necesidades de cuidados. Los hallazgos comparativos generan importantes lecciones políticas, que son resumidas en la sección 4.

Cómo las políticas de atención afectan a los resultados

Lecciones de las economías industrializadas avanzadas

La mayoría de los países de ingresos elevados se ha alejado del modelo del padre que mantiene el hogar (véase el capítulo 4). La participación de las mujeres en la fuerza de trabajo ha ido creciendo en la mayoría de los países, reduciendo el tiempo destinado al trabajo de cuidados sin remuneración en casa. En consecuencia, el reconocimiento del cuidado como un asunto de política pública también está aumentando. Los estados de bienestar institucionalizados han respondido de manera distinta ante este escenario.

El reconocimiento de los cuidados como un asunto de política pública está aumentando en la mayoría de los países de

ingresos elevados, como resultado, sobre todo, del aumento de la participación de la mujer en la fuerza de trabajo

Las intervenciones políticas en estos países han oscilado entre las asignaciones para los cuidadores o los receptores de cuidados, a estímulos fiscales, aprovisionamiento de licencias con sueldo o sin él, créditos de seguridad social y servicios sociales. Algunos ayudan a los proveedores de cuidados en el desarrollo de sus tareas; otros lo sustituyen parcialmente por sus trabajos. Otros permiten que los receptores de cuidados (incluyendo a los discapacitados) se hagan de la asistencia que ellos consideren necesaria. La investigación comparada entre países proporciona importantes valoraciones de estas políticas basadas en diversos criterios, incluyendo la equidad de género, el acceso de las mujeres a empleos remunerados y los derechos de los cuidadores y de los receptores de cuidados.

La tabla 7. 1 muestra una tendencia en Europa que favorece respuestas multidimensionales a los cuidados y, por lo tanto, un cierto grado de convergencia. Sin embargo, también revela que entre países de altos ingresos, el gasto en su conjunto en la política familiar varía (indicando distintos niveles de compromiso del Estado con los cuidados) y ese énfasis de política no es uniforme. Algunos estados, incluyendo los países nórdicos y Francia, han puesto el acento en el aprovisionamiento de servicios de atención. Además de servicios y transferencias, los países nórdicos también proporcionan generosos sistemas de retiro y licencias por paternidad o cuotas paternas comparativamente largas y bien compensadas. Por lo tanto se les ha caracterizado como “Estados que cuidan” al proporcionar a las familias múltiples opciones.

Otros Estados son más activos en el apoyo al cuidado de la familia a través de beneficios en efectivo, particularmente el Reino Unido e Irlanda, en vez de ofrecer servicios. Alemania y Estados Unidos gastan más en descargas fiscales a las familias de lo que asignan al aprovisionamiento de servicios, lo que favorece a los hogares de ingresos más altos. Canadá, Estados Unidos y los Estados europeos del sur, que tienen un gasto particularmente bajo, han sido denominados, por lo tanto, “Estados que no cuidan.”²¹

²¹ Daly 2001: 45.

TABLA 7. 1: Países de la OCDE seleccionados: gasto público en política familiar

	Gasto público en política familiar como % del IB, 2005				Gasto en maternidad y pago de licencias parentales por niño nacido como % del PIB per cápita, 2005
	Total	Efectivo	Servicios	Descargas fiscales para la familia	
Francia	3.8	1.4	1.6	0.8	27.5
Reino Unido	3.6	2.2	1.0	0.4	10.3
Dinamarca	3.2	1.5	1.6	0.0	47.4
Suecia	3.2	1.5	1.6	0.0	59.4
Bélgica	3.1	1.7	0.9	0.5	15.8
Alemania	3.0	1.4	0.7	0.9	23.0
Finlandia	3.0	1.6	1.4	0.0	58.0
Noruega	3.0	1.6	1.3	0.1	53.7
Austria	2.9	2.4	0.5	0.0	15.4
Australia	2.9	2.2	0.6	0.0	7.2
Nueva Zelanda	2.6	1.9	0.7	0.0	4.4
Irlanda	2.6	2.2	0.3	0.1	5.5
Países Bajos	2.3	0.6	1.0	0.6	12.9
Portugal	1.7	0.7	0.8	0.2	18.5
Italia	1.3	0.6	0.7	0.0	18.7
Estados Unidos	1.3	0.1	0.5	0.7	n.a.
España	1.2	0.4	0.7	0.1	14.5
Canadá	1.1	0.9	0.2	0.1	21.4
Grecia	1.1	0.7	0.4	n.a.	8.9

Nota: n. d = no disponible. Fuente: OECD 2008b.

La combinación de oportunidades de empleo y el aprovisionamiento social del Estado tiene consecuencias para el riesgo de pobreza de madres solteras quienes hacen malabares para obtener ingresos y sus responsabilidades en torno a los cuidados (véase el capítulo 4). Si bien la relación entre el gasto público en familias y los saldos de la pobreza no son automáticos, aumenta la preocupación en torno a la pobreza infantil en diversos países de altos ingresos de la OCDE y con razón, como se sugiere en la tabla 7. 2.

TABLA 7. 2: Pobreza infantil e índices de pobreza en países seleccionados de la OCDE

	Índice de pobreza infantil mediados de la década de 2000 (%) ^a	Índice de pobreza para la población total mediados de la década de 2000 (%) ^b
Estados Unidos	20.6	17.1
España	17.3	13.7
Portugal	16.6	13.7
Irlanda	16.3	15.4
Alemania	16.3	11.0
Italia	15.5	11.4
Canadá	15.1	12.0
Nueva Zelanda	15.0	10.8
Grecia	13.2	12.6
Australia	11.8	12.4
Países Bajos	11.5	7.7
Reino Unido	10.1	8.3
Bélgica	10.0	10.4
Francia	7.6	6.5
Noruega	4.6	6.8
Finlandia	4.2	7.3
Suecia	4.0	5.3
Dinamarca	2.7	5.3

Fuentes: ^aOCDE 2008b. ^bOCDE2008a.

Los países anglófonos y europeos del sur y Alemania, muestran los índices de pobreza infantil más altos. Sin embargo, la pobreza tiende a ser mayor entre los niños que entre la población total en estos países. Los cuatro países nórdicos en la muestra superan al resto en términos de reducción de la pobreza infantil, reproduciendo los hallazgos en torno a los bajos índices de pobreza entre madres solteras en estos países (véase el capítulo 4). Los niveles de pobreza infantil son de hecho menores que el conjunto de la pobreza en los países nórdicos. Esto sugiere que quienes mejores resultados tienen en materia de bienestar infantil (esto es, países donde los índices de pobreza infantil son muy bajos tanto en términos absolutos como relativos respecto al conjunto de los índices de pobreza) tienden a realizar gastos elevados con una mezcla equilibrada de gasto público en servicios, licencias parentales y transferencias. Sin embargo, no todos aquellos que más gastan se desempeñan adecuadamente (como en Bélgica, Alemania y el Reino Unido).

Quienes mejores resultados tienen en términos de bienestar infantil tienden a presentar una combinación equilibrada entre el gasto público en servicios, licencias parentales y transferencias

Así, el tiempo, el dinero y los servicios son complementarios en lugar de ser recursos de políticas alternativas. Las transferencias de dinero pueden ayudar a las familias financieramente con el costo de criar a los niños, pero los sistemas de amplias transferencias apoyadas en servicios pueden también perjudicar la participación de las mujeres en el trabajo remunerado. Los recortes fiscales, por otra parte, muestran una clara tendencia de clase, al no lograr llegar a los hogares cuyo ingreso está por debajo del umbral tributario. El aprovisionamiento de servicios de cuidados accesibles y asequibles, por otra parte, puede dar a los cuidadores sin remuneración la opción de involucrarse en otras actividades, incluyendo el trabajo remunerado, mejorando así el nivel de ingreso de sus hogares.

Poniéndose al día: cuidado y desarrollismo en dos tigres asiáticos

El período de industrialización dirigida a la exportación para la Provincia China de Taiwán y la República de Corea, descansa fuertemente en el uso del trabajo femenino en el sector manufacturero (véase el capítulo 4). Desde los 80, ambos han registrado un descenso similar en las tasas de fertilidad totales y, por lo tanto, están experimentando el envejecimiento de la población. La preocupación en torno al cambio demográfico y la posible escasez de mano de obra han llevado a prestar más atención en las responsabilidades de cuidados de las mujeres. Sin embargo, la respuesta del gobierno y la estructura institucional para el cuidado infantil y el bienestar de la familia parecen ser muy diferentes.

República de Corea. La República de Corea –donde los cuidados han sido dejados sobre todo en manos de las familias- ha sufrido cambios importantes en las últimas dos décadas. Tanto las contiendas políticas como los imperativos demográficos han catapultado al cuidado social a la agenda política nacional. El Estado ha extendido y rediseñado las licencias parentales, ampliado la educación temprana en la infancia y los cuidados infantiles tempranos, e integrado los dos sistemas. También ha provisto subsidios para los centros de cuidados infantiles y exenciones fiscales para las familias. En 2008, el programa de seguros para el cuidado de los ancianos fue introducido para cubrir necesidades de cuidado de largo plazo.

A pesar del incremento en el gasto social desde 1990, la proporción que va a la familia se mantiene en un marginal 0.39 por ciento del gasto total gubernamental en 2003.²² La mayoría de este gasto se ha centrado en el aprovisionamiento de servicios. Si bien la República de Corea se estaba quedando rezagada respecto a la mayoría de los países miembros de la OCDE en la cobertura de niños menores de 3 años, el país ha sido proactivo en sus esfuerzos para ponerse al día. Por ejemplo, de 2004 a 2006, la cobertura para menores de 3 años creció de un 19 a un 31 por ciento, superando a 20 de los 36 países miembros de la OCDE.²³ La mayor parte de las inscripciones son a tiempo parcial, reflejando los patrones de empleo de las mujeres en el país (véase el capítulo 4).

El Estado financia y regula parcialmente el aprovisionamiento de cuidados, pero no proporciona la mayoría de los servicios de atención. De hecho, sólo alrededor del 6 por ciento de los centros de cuidado infantil son verdaderamente públicos; el resto son centros privados subsidiados con y sin fines de lucro, reproduciendo el papel del sector privado en el aprovisionamiento de cuidados médicos (véase el capítulo 6). Los subsidios del gobierno, en una escala variable basada en el ingreso de los padres, son pagados directamente a la

²² OCDE 2008a. Debe señalarse aquí que el gasto social en la familia y el bienestar social creció de manera sustancial tras 2003, sin embargo, no hay información disponible en la actualidad sobre el gasto social después de 2003.

²³ OCDE 2008b.

institución donde el niño se encuentra inscrito. Por tanto, la misma institución podría ser frecuentada por niños de los grupos de ingresos bajos y altos, con la participación de aquellos de familias de menores ingresos subsidiadas por el Estado. Un hecho que distingue a los centros públicos de cuidados infantiles es que son administrados como parte del servicio público; sus empleados, a menudo de fuerte formación académica es considerado como servidores públicos, disfrutan de buenas condiciones de trabajo y salarios, y son representados por sindicatos del sector público. Este no es el caso para los trabajadores de sectores subsidiados, tanto lucrativos como no lucrativos, quienes tienden a tener menores calificaciones y salarios más bajos.

Aunque el Ministerio de Equidad de Género y Familia del país, y los centros de investigación política a él vinculados hayan propuesto el camino nórdico de aprovisionamiento directamente público de atención, la oposición del Ministerio de Planeación y Presupuesto así como de la Asociación de Proveedores Privados de Cuidados Infantiles finalmente ha llevado a la adopción de un mecanismo de provisión menos centrado en el Estado. Los subsidios de cuidados infantiles han sido presentados no sólo como una política social cómoda para las familias, sino como una política económica cómoda para las familias, enmarcando los servicios sociales como los motores de crecimiento de la nueva economía. En una dirección similar, los servicios del Seguro de Cuidados de los Ancianos se espera que sean provistos primordialmente por el mercado y el sector no lucrativo. La expansión de los cuidados sociales en la República de Corea es, por lo tanto un difícil desafío para el mercado.²⁴

Los servicios sociales han sido considerados como los motores de crecimiento de la nueva economía en la República de Corea

Además de los servicios, el gobierno ha introducido una serie de reformas políticas para armonizar el trabajo y la vida familiar. Por ejemplo, el Acta de Protección de la Maternidad de 2001 extendió la licencia por maternidad remunerada de 60 a 90 días (al 100 por cien de reemplazo salarial) e introdujo apoyos financieros para los padres que piden permisos de paternidad de un año. En respuesta a las altas tasas de incumplimiento de los patrones, la legislación sobre permisos por maternidad fue revisada nuevamente en 2005, cambiando la carga económica de financiar el salario de reemplazo del patrón al Estado y la seguridad social. Para alentar la solicitud de licencia parental, se añadió un salario mensual de 250 dólares a los restantes nueve meses de licencia en 2004. Este monto aumentó de manera subsecuente llegando a 500 dólares en 2007. Se introdujo también una “cuota-papá” no transferible para la licencia por paternidad en 2006.²⁵ Sin embargo, el índice de utilización de la licencia parental es todavía muy bajo: 5 por ciento de las madres elegibles y 1 por ciento de los padres elegibles. Los sondeos muestran que la principal razón de esta baja tasa de uso es la discriminación en el lugar de trabajo, de los empleados que piden la licencia.

Provincia China de Taiwán. En la Provincia China de Taiwán, la actividad estatal en los cuidados sociales parece ser menor que en la República de Corea. La duración máxima de la licencia por maternidad es de 56 días comparada con 90 días en la República de Corea. El aprovisionamiento estatal de servicios de cuidados infantiles también parece limitado, como en la República de Corea, y las organizaciones de cuidados infantiles privadas y lucrativas superan a los proveedores de servicios públicos en el país.²⁶ La relajación de las leyes de

²⁴ Peng 2009.

²⁵ Choi 2006.

²⁶ Wang 2004; Lei 2006.

inmigración para los cuidadores extranjeros sugiere otro método de privatización de las responsabilidades de cuidados al cambiar la carga de los cuidados del Estado a una cadena global de cuidados determinada por el género y la etnia.²⁷ El gobierno taiwanés creó leyes de inmigración en 1992 para permitir el flujo de trabajadoras domésticas extranjeras que resolvieran el déficit en personal para atención.²⁸ En 2003, había alrededor de 120 mil empleadas del hogar migrantes documentadas en el país –la mayoría de ellas de Indonesia y Vietnam, y en menor medida, de Filipinas–, maquillando con su presencia “la ausencia del Estado y del esposo”.²⁹ En la República de Corea, en contraste, la inmigración de trabajadoras domésticas extranjeras ha sido hasta ahora mínima, debido a su postura más conservadora en torno a la migración laboral.

El desafío de la desigualdad: el cuidado en economías duales

Argentina, Chile, México, Sudáfrica y Uruguay. Mientras que la asistencia a la escuela primaria se encuentra muy cerca de ser universal en la mayor parte de los países de ingresos medios altos, muchos de ellos, incluyendo Argentina, Chile, México, Sudáfrica.³⁰ y Uruguay, han estado experimentando con una serie de políticas sociales de cuidados. Estas incluyen educación y cuidados infantiles tempranos, programas escolares de día completo, créditos de pensión para la crianza de los niños, transferencias de dinero condicionadas y no condicionadas y atención domiciliaria a los enfermos, por mencionar solo algunos. Todos estos países se caracterizan por mercados laborales segmentados y altos niveles de desigualdades en el ingreso. Estas desigualdades, a menudo se reproducen en el tipo de servicios de cuidado accesibles para los niños.

Los mercados laborales duales dejan a enormes cantidades de población que trabaja excluidas de los beneficios relacionados con el empleo, como la maternidad pagada o la licencia parental. En Argentina, por ejemplo, la ley que estipula una licencia de maternidad de tres meses con un salario de reemplazo del 100 por cien, afecta solamente a la mitad de la fuerza laboral femenina, debido a la persistente informalidad.³¹ En ninguno de los países mencionados anteriormente pueden los padres asumir de manera significativa el permiso de paternidad. Un reflejo similar de las desigualdades en el mercado laboral para el derecho a los cuidados se puede observar cuando el aprovisionamiento de servicios de cuidados infantiles es a través de la seguridad social, excluyendo a los trabajadores informales de estos beneficios, como es el caso en México. Donde el acceso al cuidado infantil haya sido introducido como un derecho de las madres trabajadoras y el aprovisionamiento sea dejado a los empleadores, como en Argentina y Chile, la pobre aplicación a menudo lleva a un menor cumplimiento y cobertura. Por tanto hay una profunda necesidad de servicios de cuidado accesibles que no estén vinculados al empleo, particularmente de cara a la creciente informalidad del mercado laboral.

Algunos de estos países han registrado avances en la educación temprana de la infancia y en servicios de cuidados para niños de 3 a 5 años. La figura 7. 4 muestra, sin embargo, que los niveles de asistencia varían considerablemente –al igual que la participación del sector privado. Así, Uruguay supera a Chile en los casos de menores niveles de ingreso per cápita, y todos los países latinoamericanos en la figura 7. 4 tienen mejor desempeño que Sudáfrica.

²⁷ Hochschild y Ehrenreich 2002.

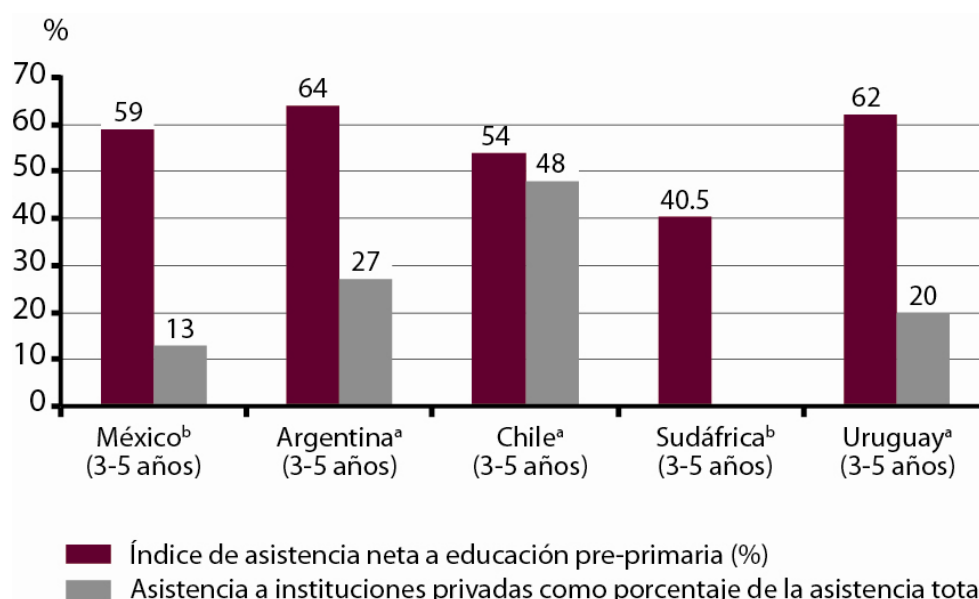
²⁸ Suzuki 2009.

²⁹ Lan 2005: 227.

³⁰ La asistencia a educación primaria no ha sido universalizada en Sudáfrica.

³¹ Faur 2008.

FIGURA 7. 4: Índice de asistencia neta a educación pre-primaria y asistencia a instituciones privadas como porcentaje de la asistencia total, de acuerdo con el PIB per cápita en países seleccionados de ingresos medios altos, alrededor de 2005



Notas: ^aÍndice de asistencia de UNESCO 2008, basado en información de encuestas nacionales de 2005. ^bÍndice de asistencia para México de Presidencia 2008, para Sudáfrica de Statistics South Africa 2008. Incluye instalaciones de guarderías y cuidados infantiles.

En Argentina y México, la cobertura preescolar se incrementó significativamente una vez que la asistencia se volvió obligatoria para distintos grupos de edades. En México la asistencia preescolar para los niños entre 3 y 5 años se hizo obligatoria en 2002 y, desde entonces, ha crecido de 3.5 a 5 millones de niños. La cobertura casi universal de niños de 4 y 5 años fue lograda en 2008. Si bien la cobertura de niños de 3 años se duplicó, sigue siendo baja a razón de un 34 por ciento.³² La mayor parte de las instalaciones preescolares son públicas y sólo cuentan con programas de medio día, limitando la posibilidad de que puedan cubrir las necesidades laborales de los padres para el cuidado infantil. Una evaluación reciente también muestra enormes diferencias en la calidad y los logros estudiantiles entre instalaciones preescolares en áreas rurales y urbanas, así como entre las reducidas escuelas privadas que tienen un desempeño considerablemente mejor.³³

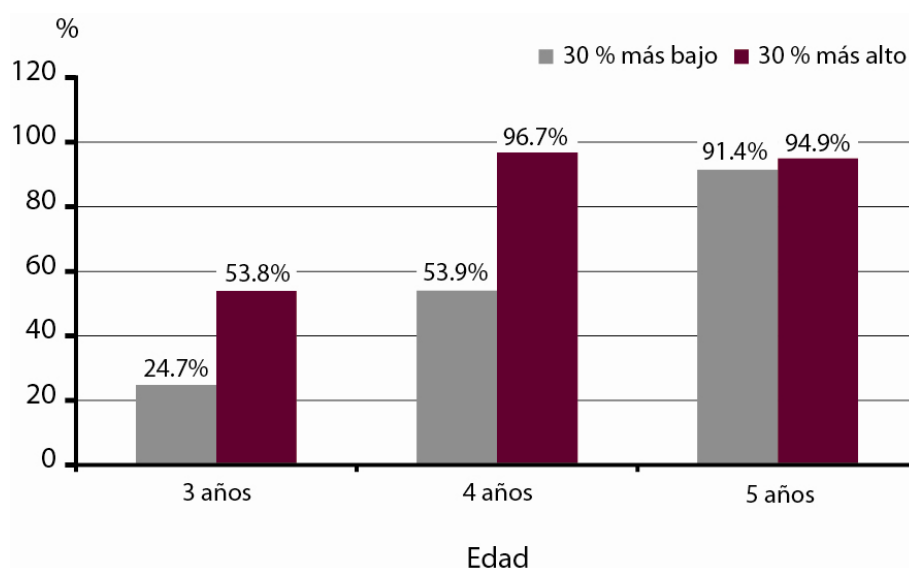
En Argentina la asistencia a preescolar fue hecha obligatoria para los niños de 5 años y la cobertura ahora es casi universal. Sin embargo, la cobertura y la calidad de la educación preescolar todavía se caracterizan por disparidades regionales (particularmente respecto a la disponibilidad de programas de todo el día). Además, para los niños de 3 y 4 años el acceso a instalaciones preescolares de calidad es limitado para las familias que no pueden pagar por el servicio, como se muestra en la figura 7. 5. La brecha entre diferentes grupos de ingreso se diluye significativamente en el grupo de edad para el que la asistencia fue hecha obligatoria (5 años), indicando que esta medida ha tenido un efecto positivo en la reducción de las desigualdades en el acceso temprano a la educación de la infancia.³⁴

³² Staab y Gerhard 2010.

³³ INEE 2008.

³⁴ Faur 2008.

FIGURA 7. 5: Ciudades más grandes en Argentina: índices de asistencia preescolar e ingreso de hogares per cápita, 2006



Fuente: Faur 2008.

Chile, donde la educación preescolar no es obligatoria y la participación del sector privado es mucho más pronunciada, muestra desigualdades similares. De acuerdo con una encuesta de hogares, el 70 por ciento de los niños de 4 y 5 años del quintil de ingresos más pobre asistió a preescolar en 2006, en comparación con el 87 por ciento del quintil más rico.³⁵ También hay una clara segmentación en el ingreso de los hogares respecto al tipo de institución a la que asisten los niños. La mitad de los infantes del quintil más rico se inscribió en instituciones privadas, mientras que la cobertura en el quintil más pobre se concentró en instituciones públicas.

Para grupos de edades más jóvenes (0-3 años), el panorama es menos alentador en la mayoría de los países. En Uruguay, donde los índices de asistencia en su conjunto son altos para los estándares latinoamericanos, aproximadamente el 75 por ciento de los niños de 3 años de los hogares pobres no tienen acceso.³⁶ En Chile, la cobertura era baja y de poco valor para los niños menores de 2 años hasta 2006, cuando el gobierno lanzó un programa para extender la disponibilidad de facilidades para los cuidados diarios. De manera similar, en Argentina escasean todavía los cuidados infantiles públicos para los grupos de edades más bajos, y el mercado juega un papel importante en su aprovisionamiento –situación que también se ve fuertemente influida por la situación de clase.³⁷

Los esquemas de transferencia de efectivo centrados en los niños. En países industrializados avanzados, las asignaciones a la infancia nunca tuvieron la intención de sufragar los cuidados. La idea, en cambio, era ayudar a las familias con algunos de los costos materiales de criar a los hijos. En los países en desarrollo, una nueva generación de programas de transferencia de efectivo es a menudo enmarcada como medida para reducir la pobreza y fortalecer las capacidades de los niños. Si bien estas transferencias no están pensadas para pagar por los cuidados, muchas de ellas están explícitamente dirigidas a madres o cuidadores primarios y facilitan el trabajo de cuidados que hacen permitiendo que

³⁵ MIDEPLAN 2006.

³⁶ Filgueira *et al.* de próxima publicación.

³⁷ Faur 2008.

adquieran insumos esenciales (alimentos, útiles escolares, servicios de salud) o contratar cuidadores sustitutos (al contratar a miembros de la familia o cuidadores informales). Por otra parte, las pensiones de asistencia social, o las asignaciones por discapacidad pueden ayudar a las personas de edad avanzada y a aquellos con discapacidades a cuidarse a sí mismos al adquirir cuidados donde sea necesario. El movimiento de discapacitados en particular ha tendido a asumir una actitud más positiva en torno a la disponibilidad de beneficios en efectivo (en oposición al aprovisionamiento de servicios). Se argumenta que los beneficios en efectivo posibilitan que las personas con discapacidades ejerzan mayores opciones en el acceso al tipo de servicios que necesitan y por lo tanto fomenta una vida más independiente.³⁸

En diversos países latinoamericanos, las transferencias de efectivo centradas en los niños tienden a condicionarse al cumplimiento de requisitos de cuidados, como llevar a los niños a revisiones médicas regularmente, asegurar la asistencia a la escuela y participar en talleres de salud y nutricionales. Los dos programas más grandes y de larga duración en esta área – Progreso/Oportunidades de México y Bolsa Familia de Brasil- han servido como prototipos y hacia 2008, al menos 10 países latinoamericanos habían iniciado programas similares. Progreso/Oportunidades y Bolsa familia llegan actualmente a proporciones significativas de la población (véase la tabla 5. 5 en el capítulo 5). En la mayoría de los países, las transferencias se dirigen a los pobres y los beneficios son canalizados a través de las mujeres, usualmente madres que están a cargo de cumplir con las condicionalidades.

A pesar de sus limitaciones (véase el capítulo 5), los efectos positivos en el desarrollo de la infancia son evidentes como resultado de algunos de estos esquemas. Estos incluyen mejoras en los índices de asistencia a la escuela primaria y secundaria, consumo de alimentos y talla, así como un descenso en las tasas de deserción escolar y de trabajo infantil.³⁹ En varios programas, los incentivos se han diseñado de manera que promuevan la asistencia a la escuela entre niñas en particular a fin de igualar las oportunidades educativas de niños y niñas. En México existe evidencia de que dichos incentivos han ayudado a reducir la brecha de género en la escuela.⁴⁰

La Asignación para el Apoyo del Niño Sudafricano, que es dada al proveedor de cuidados primarios, no está condicionada a la conducta del receptor. El programa, que remplazó el Apoyo de Mantenimiento del Estado en 1998 es una medida política orientada en función de la pobreza, un comprobante de subvención pagable al cuidador primario (no necesariamente la madre o el padre biológicos).⁴¹ Las estimaciones sugieren que más del 80 por ciento de los niños susceptibles de recibirla se están beneficiando de ella, con un impacto positivo en su desarrollo.⁴² Una parte de la investigación existente muestra que las transferencias de efectivo condicionadas incrementan la asistencia de los niños a la escuela y los índices de inscripción (con la excepción de la investigación en torno a Bolsa Familia) y mejoran la salud. Sin embargo, existe muy poca evidencia de que estas condicionalidades hayan provocado estos cambios en oposición a una simple inyección de dinero adicional al hogar. De hecho, la evidencia en el caso de Sudáfrica revela el impacto marcadamente positivo de las asignaciones no condicionadas.⁴³

³⁸ Williams 2009.

³⁹ Pérez Ribas *et al.* 2008.

⁴⁰ Escobar Latapí y González de la Rocha 2009.

⁴¹ Goldblatt 2005; Hassim 2006.

⁴² Budlender y Wooland 2006.

⁴³ Budlender 2008b.

Pese a los hallazgos positivos, la proliferación de asignaciones en efectivo dirigidas a los niños y los ancianos en hogares pobres, plantea importantes preguntas. Primero, si bien las transferencias de efectivo podrían ayudar a los hogares pobres en el pago de sus tarifas de usuarios y en el acceso a servicios públicos de salud y educación de baja calidad, no sustituyen la calidad de los servicios públicos como queda de manifiesto en el caso de países industrializados avanzados.⁴⁴ Por ejemplo, a pesar del apoyo a la infancia en Sudáfrica, el país sufre retrasos en la cobertura de educación preescolar para los niños de entre 3 y 5 años (véase la figura 7. 4). Esto podría reflejar el hecho de que el gasto en asignaciones en efectivo ha desviado el enfoque político lejos de la necesidad de inversión pública en servicios sociales y de atención decentes. Si bien el gasto en bienestar se incrementó marcadamente entre 2000 y 2007, el presupuesto para servicios sociales se mantuvo estable.⁴⁵

Pese a los resultados positivos, la proliferación de asignaciones en efectivo dirigidas a niños y ancianos en hogares pobres, plantea controversias

Un segundo aspecto controvertido es si estos beneficios en efectivo habilitan a las mujeres e incrementan su autonomía con relación a los hombres en el mismo hogar. Mientras una evaluación del programa mexicano concluyó que el acceso a efectivo incrementó la voz de las mujeres en la toma de decisiones domésticas,⁴⁶ otros han manifestado preocupación acerca del retiro, por parte de los hombres, de sus contribuciones financieras en los hogares donde las mujeres reciben las transferencias.⁴⁷ Una fuente regular y segura de ingresos en manos de las mujeres puede ayudarlas en sus responsabilidades como cuidadoras, particularmente en contextos donde una enorme proporción de mujeres deben hacer malabares para la supervivencia del hogar y los cuidados por su cuenta, como en Sudáfrica. Sin embargo, las transferencias condicionadas de efectivo que están acompañadas de fuertes corresponsabilidades que las mujeres deben asumir no sólo desalientan a los hombres para que asuman tareas relacionadas con los cuidados, sino que también corren el riesgo de saturar a las mujeres cuyos recursos (remunerados y no remunerados) en la supervivencia del hogar se han diversificado e intensificado en numerosos países en desarrollo.⁴⁸

Pensiones de asistencia social para los ancianos. Se han documentado también resultados positivos para las pensiones de asistencia social (véase el capítulo 5). En Sudáfrica, por ejemplo, la probada Pensión de Vejez ha sido alabada por estar bien enfocada en términos étnicos y de género, y es valorada por su seguridad. También hay evidencia de que la Pensión de Vejez estimula el aprovisionamiento de cuidados, refuerza la seguridad de los hogares en que viven personas de la tercera edad, contribuye al ingreso de las personas mismas de edad avanzada, y de otros miembros de la familia más jóvenes.⁴⁹ Sin embargo, el hecho de que esas pensiones pueda gastarse en otros miembros del hogar plantea el dilema de lo adecuado de esos beneficios en efectivo para que los ancianos se puedan asegurar a sí mismos una atención adecuada. Esto es especialmente cierto para las mujeres de la tercera edad, que no pueden apoyarse en un marido para que las cuide de la manera en que los hombres de la

⁴⁴ Melo 2007b.

⁴⁵ Pauw y Mncube 2007b; Lund 2009.

⁴⁶ Adato *et al.* 2000.

⁴⁷ Armas 2004; Bradshaw 2008.

⁴⁸ Chant 2008.

⁴⁹ Ardington y Lund 1996; Lund 2002.

tercera edad a menudo sí pueden hacerlo, puesto que las mujeres suelen vivir más que los hombres y se casan o cohabitan con hombres mayores que ellas.

Los debates políticos sobre el cuidado de las personas mayores y los ancianos a menudo se abocan a aspectos financieros (pensiones). Esto es comprensible hasta cierto punto. Sin embargo, también presenta una visión parcial de los desafíos políticos que debe afrontar la población que envejece. La organización y distribución del trabajo de cuidados para los ancianos constituye otra gama importante de consideraciones a menudo abandonada en los debates políticos; en muchos países estos son asuntos urgentes que requieren redirigir las políticas.⁵⁰ También se pueden encontrar desigualdades de género en este terreno. Por ejemplo, las mujeres son las principales cuidadoras de los ancianos y personas frágiles, pero están en una débil posición respecto sus contrapartes masculinas para reclamar atención (sea remunerada o no remunerada) cuando se vuelven ancianas y frágiles.

Confrontando déficits: cuidados en economías agrícolas con enormes mercados laborales informales

Muchos países de ingresos medios y medios-bajos se enfrentan a enormes desafíos para abordar incluso necesidades de atención básicas. Las políticas y los programas explícitos de cuidados son pocos y distantes unos de otros y aquellos que existen se caracterizan a menudo por una baja cobertura y una calidad pobre. Esta sección presenta evidencias sobre estos países – India, Nicaragua y la República Unida de Tanzania- para mostrar cómo los cuidados han entrado en la agenda de las políticas públicas.

Muchos países de ingresos medios-bajos se enfrentan a enormes desafíos para abordar necesidades de atención básicas

Los tres países tienen mercados laborales ampliamente informales; sus medidas de protección social se dirigen ampliamente al segmento más pequeño de la población que está involucrado en el empleo formal. La cobertura de salud pública y la educación primaria tienden a ser inadecuadas y de escasa calidad, y los servicios especializados de atención (para preescolares y quienes padecen SIDA) también son rudimentarios. A ello hay que sumar las fuertes demandas que una infraestructura pobre e inaccesible plantea a esos hogares, especialmente a las mujeres y las niñas (véase el cuadro 7. 2). Por tanto, buena parte de la carga del aprovisionamiento de cuidados deriva hacia la economía no remunerada, donde las mujeres deben invertir relativamente más horas de trabajo en casa (véase la figura 7. 3).

⁵⁰ Filgueira *et al.* 2009. El capítulo utiliza la efectividad del gobierno como comisionado para medir la calidad de los servicios públicos, la calidad del servicio civil y el grado de su independencia respecto a presiones políticas, la calidad en la formulación y ejecución de políticas, y la credibilidad del compromiso del gobierno en esas políticas.

CUADRO 7. 2: República Unida de Tanzania: la carga de tiempo para recoger agua y combustible

El tiempo que lleva recoger agua y combustible es significativo en muchos países en desarrollo. En la República Unida de Tanzania, las personas destinan en promedio 16 minutos diarios para recoger agua (si el tiempo destinado a la búsqueda de agua es promediado entre el total de la población de cinco o más años de edad). Si se promediara el tiempo gastado por aquellos que colectan el agua, se eleva a 28 minutos por día. Una décima parte de los recolectores emplean 54 minutos en promedio por día para surtirse de ella.

Estos datos basados en el tiempo muestran también que el 69 por ciento de quienes aseguraban encargarse de la recolección de madera u otros combustibles eran mujeres. Cuando se consideran la edad y el sexo juntos, el 39 por ciento de las mujeres de 18 a 49 años, y el 16 por ciento de los hombres, efectuaron algún tipo de búsqueda de combustible en un período de siete días. La participación en la recogida de combustible es considerablemente menor para las niñas que para los niños, del 27 y el 19 por ciento, respectivamente, pero mayor que lo indicado por los cabeza de familia.

Al igual que en la recolección de agua, los hogares más pobres cargan con las responsabilidades más pesadas. La información muestra que el 42 por ciento de las mujeres y el 22 por ciento de los hombres de los hogares más pobres buscan combustible, a comparación con el 15 por ciento de las mujeres y el 7 por ciento de los hombres en hogares relativamente ricos. En las áreas rurales, el 33 por ciento de los interrogados recolectan combustible a comparación con sólo el 7 por ciento en áreas urbanas.

En términos del tiempo destinado, quienes recolectan combustible destinan, en promedio, 25 minutos por día en esta particular tarea. Nueve de cada 10 recolectores emplean 48 minutos o más en promedio por día para reunir el combustible. Puesto que la búsqueda de combustible no puede llevarse a cabo diariamente, la cantidad de tiempo destinada en un día en particular podría ser mucho mayor.

Fuente: TGNP (Tanzania Gender Networking Programme) 2009.

TABLA 7. 3: Indicadores sociales seleccionados en India, Nicaragua y la República Unida de Tanzania

Indicadores de gasto social	Nicaragua	India	República Unida de Tanzania
Gasto público en educación como % del PIB, 2002-2005 ^a	3.1	3.8	2.2
Gasto público en salud como % del PIB ^a	3.9	0.9	1.7
Gasto privado en salud como % del gasto total en salud ^b	45.3	80.4	40.8
Gasto gubernamental per cápita en salud (medido en capacidad de pago en dólares) ^b	137.0	21.0	27.0
Indicadores de desempeño social	Nicaragua	India	República Unida de Tanzania
Tasa de mortalidad infantil (por cada mil nacidos vivos) ^a	30.0	56.0	76.0
Nacimientos asistidos por personal calificado en salud (%) ^b	67.0	47.0	43.0
Población con acceso sostenible a mejores servicios sanitarios (%) ^b	48.0	28.0	33.0
Inscripción neta en educación primaria (%) ^c	89.8	88.7	97.8

Notas: ^aUNDP Índice de Desarrollo Humano 2005 o del último año disponible. ^bWHOSIS (OMS Sistema de Información Estadística) 2006 o del último año disponible. ^cBanco Mundial 2006.

Como se ilustra en la tabla 7. 3, el gasto público en educación constituye un porcentaje menor del PIB en la República Unida de Tanzania que en India y Nicaragua. Si bien tanto India

como la República Unida de Tanzania gastan muy poco en la salud de sus ciudadanos (en comparación con Nicaragua), el gasto gubernamental en salud per cápita es mayor en la República Unida de Tanzania que en India. Sin embargo, el gasto en salud de la República Unida de Tanzania debe ser considerado en el marco del incremento sustancial en la demanda de servicios sanitarios como resultado del VIH y el sida.

En el rango de indicadores de resultados –incluyendo las tasas de mortalidad infantil y de nacimientos asistidos por personal calificado– la República Unida de Tanzania tiene peores resultados que los otros dos países, como se podría esperar de la combinación de niveles de ingreso muy bajos, un gasto relativamente bajo en salud pública y enormes desafíos sanitarios.

Sin embargo, el relativamente bajo desempeño de India comparado con el de Nicaragua, a pesar de sus similares niveles de ingreso per cápita y pobreza, es impactante. Si sumamos a esto el impresionante crecimiento de India en la última década, una capacidad administrativa del Estado más sólida en comparación con las de Nicaragua y la República Unida de Tanzania,⁵¹ y el hecho de que el país disfruta de mayor espacio político y fiscal debido al papel marginal de los donantes internacionales, es razonable concluir que los obstáculos políticos a la acción del Estado en India son desalentadores.

Las siguientes secciones describen algunos de los programas sociales que directamente o de manera inadvertida abordan la carga de los cuidados en los hogares, centrándose en el VIH o sida en la República Unida de Tanzania y en los niños en los otros dos países.

República Unida de Tanzania. En este país, al igual que en otras partes del África Subsahariana, la liberalización progresiva de los servicios de salud junto con la introducción de principios de mercado en el sistema público durante los 90, han llevado a la exclusión de amplios segmentos de la población.⁵² Aunque la exención y el sistema de dispensa fueron diseñados para mitigar el impacto de las tarifas de usuario en los pobres, las amplias dificultades para su ejecución sugieren una carga financiera significativa en los hogares con menores recursos. El impacto del VIH y del sida ha puesto mayor presión en el sistema formal de cuidados médicos, que tenía serios problemas para hacer frente a las necesidades básicas de los ciudadanos antes de la epidemia. Mientras que el VIH y el sida crean una demanda creciente de servicios sanitarios, los recursos humanos no son siempre suficientes para enfrentarla. La fuerza laboral en el sector sanitario se redujo en un 28 por ciento entre 1994/1995 y 2000/2001, y en un 10 por ciento adicional en 2005/2006,⁵³ en parte debido a la migración del personal en el sector sanitario, particularmente de las enfermeras, a países que ofrecen mejores salarios y condiciones de trabajo.

*Los servicios de atención domiciliaria han estado severamente
infrafinanciados, recibiendo solamente alrededor del 1-2 por
ciento del gasto gubernamental y del gasto de los donantes en
VIH/Sida en el África Subsahariana*

⁵¹ Kaufmann *et al.* 2009. Este capítulo utiliza la eficacia del gobierno como una herramienta para medir la calidad de los servicios públicos y el grado de independencia respecto a presiones políticas, la calidad en la formulación y ejecución de políticas, y la credibilidad del compromiso del gobierno con esas políticas.

⁵² Mackintosh y Tibandebage 2006.

⁵³ Meena 2008.

En varios países del África Subsahariana, incluyendo la República Unida de Tanzania, los programas de atención domiciliaria han sido promovidos para complementar los servicios públicos de salud para enfrentar la enorme demanda de cuidados impuesta por el sida. En teoría, las enfermeras calificadas se espera que ofrezcan apoyo profesional en la capacitación de voluntarios de las comunidades, y se ha asumido un sistema funcional de referencia para proporcionar cuidados especializados a los pacientes donde sea necesario. Los voluntarios comunitarios son provistos teóricamente de una pequeña asignación para el transporte y un equipo de guantes y suplementos alimenticios. Su responsabilidad consiste en visitar a pacientes afectados por el VIH o sida en sus hogares y proporcionar algunos cuidados básicos y apoyo, liberando por tanto, de carga a los miembros de la familia. El gobierno ha defendido fuertemente los programas de atención domiciliaria. Y con el financiamiento que proveen los donantes externos, diversas organizaciones no gubernamentales y comunitarias, han respondido positivamente a este llamado.

Sin embargo, en la práctica, los programas de atención domiciliaria enfrentan innumerables desafíos. Los sistemas de referencia son débiles. Los voluntarios, muchos de los cuales son mujeres y pobres, reciben poca capacitación incluso en las tareas más rudimentarias para cuidar a los pacientes enfermos o a ellas mismas mientras desempeñan el papel de cuidadoras, además de que no siempre se les provee de los suministros y estipendios básicos. Además, los servicios de atención domiciliaria se encuentran severamente infrafinanciados, recibiendo solamente el 1-2 por ciento del gasto del gobierno y los donantes en VIH/Sida, dado que el énfasis sigue estando en el tratamiento, que está severamente decantado a favor de los medicamentos antirretrovirales.⁵⁴ La investigación de campo en la República Unida de Tanzania sugiere que los voluntarios para la atención domiciliaria pasan muchas horas en actividades de cuidados que les imponen un gran estrés físico y emocional, sin recibir ninguna compensación.⁵⁵ La fuerte dependencia de fuentes externas de financiamiento también ha creado serios problemas de sostenibilidad, con pocas oportunidades para que las organizaciones acumulen experiencia en este terreno, a medida que cambian a otras formas de intervención con la esperanza de atraer fondos, o simplemente colapsan.

India. La asistencia total a educación primaria ha mejorado sustancialmente en India, y los índices de deserción han disminuido para niños y niñas en los pasados 25 años. Sin embargo, la atención preescolar ha sido negada ampliamente. La presunción política es que las mujeres son madres a tiempo completo o que se dedican a trabajos (en casa, auto-empleo o informal) que les permiten combinar el empleo remunerado con las responsabilidades de cuidados. Hay falta de instalaciones para la atención infantil incluso en lugares de trabajo donde es legalmente obligatorio, públicos o privados, incluyendo los que se establecen a través del Acta Nacional de Garantía de Empleo Rural.⁵⁶

Entre las clases medias urbanas, los abuelos y los empleados del hogar pueden ayudar con los cuidados en el primer año tras el nacimiento del niño. Fuera de la élite y de las clases medias altas, las madres tratan de intercalar trabajos remunerados con el trabajo doméstico y el trabajo de cuidados a lo largo del día, llevando a sus hijos con ellas. Tanto en los vecindarios rurales como urbanos de la clase trabajadora, los niños pueden ser dejados a cargo de familiares, vecinos o incluso solos, asumiendo que, en caso de emergencia, los vecinos se harán cargo o se pondrán en contacto en los sitios de trabajo cercanos.⁵⁷ Aunque esto

⁵⁴ Meena 2008.

⁵⁵ Meena 2008.

⁵⁶ Narayanan 2008.

⁵⁷ Palriwala y Neetha 2009b.

constituye un caso extremo, también revela que la obligación de trabajar entre los que tienen más bajos ingresos puede significar que el trabajo remunerado de las mujeres, a menudo como trabajadoras domésticas en hogares de clase media y de la élite, conduce a un déficit de cuidados en sus propios hogares.

La responsabilidad pública en torno a los cuidados infantiles se introdujo en la política del gobierno casi de manera inadvertida a través de los intentos para mejorar los niveles de nutrición y disminuir los niveles de mortalidad infantil. El Esquema de Desarrollo Integral de la Infancia, posiblemente el mayor programa de nutrición infantil del mundo, surgió en India como resultado del enfoque en la nutrición y en la mortalidad infantil y materna, y se ha extendido desde los 90. Ha asumido una función mínima de cuidados con el paso del tiempo al punto de que el abastecimiento de algunos de los programas de nutrición requirieron la presencia de niños en las *anganwadis* (instalaciones gubernamentales de cuidados infantiles). Sin embargo, las horas de apertura son cortas y erráticas, los índices de staff y las instalaciones para niños son abismalmente bajos y se carece de materiales de enseñanza. Las *angawadis*, por lo tanto, no apoyan a los padres para los cuidados. De hecho, la mayoría de los niños van a los centros sólo a la hora de la comida.⁵⁸

Aunque la inscripción en educación primaria ha mejorado sustancialmente en India, los cuidados preescolares han sido largamente negados

Nicaragua. También en Nicaragua la cobertura en educación primaria ha crecido en las últimas dos décadas. Sin embargo, a diferencia de India y de muchos países de América Latina, tanto los programas preescolares (para niños entre 3 y 5 años de edad) y los servicios de cuidados infantiles (que acomoda a los niños desde su nacimiento hasta los cinco años) fueron creados y ampliados a principios de los 80 tras la revolución sandinista. Una visión universal apuntaló esta expansión, incluso si, en la práctica, la cobertura se mantuvo limitada y la expansión sólo fue posible a través de la movilización y la organización de voluntarios que buscaron producir el cambio social desde abajo.⁵⁹ Durante las últimas dos décadas, este elemento de implicación de voluntarios o comunidades se mantuvo como un aspecto clave de los programas sociales nicaragüenses, aunque por distintas razones (limitaciones fiscales impuestas por la disminución del sector público bajo el ajuste estructural) y estableció un modelo distinto de política económica y social (abrazando ciertos elementos neoliberales, como la dirección y la corresponsabilidad).

Los programas sociales encaminados a mejorar la nutrición de los niños y mantenerlos en la escuela, así como los de atención preescolar, han proliferado en años recientes, con muchos de ellos dependiendo fuertemente de fuentes externas de financiación. Esto ha llevado a un cierto grado de duplicidad, conflicto de intereses y discontinuidad institucional, con algunos programas de trabajo financiados externamente trabajando por los mismos objetivos que programas sociales públicos ya establecidos. Esto ha reducido el impacto en su conjunto. De nuevo, un aspecto común de los programas sociales, sean de nutrición o programas preescolares o transferencias de efectivo condicionadas, han dependido en gran medida del trabajo voluntario o de beneficiarios y miembros de la comunidad, a menudo las madres o los niños destinatarios. Esa dependencia ha sido particularmente onerosa en el sector educativo,

⁵⁸ Palriwala y Neetha 2009b.

⁵⁹ Martínez Franzoni *et al.* 2009.

donde una política radical de descentralización ha desconcentrado la administración escolar, las actividades para recaudar fondos, el mantenimiento y mejora de las instalaciones, la responsabilidad para preparar alimentos e incluso contratar y despedir a los maestros en escuelas autónomas, demandando una cantidad excesiva de tiempo tanto para maestros como para los padres, la mayoría madres.⁶⁰

4. Situar los cuidados en la agenda: implicaciones para la política

Este capítulo ha mostrado que las políticas que son buenas para los cuidados no son un lujo que sólo los países de altos ingresos puedan pagar. Mientras que los servicios sociales de cuidados (como los orientados a los niños y los ancianos) tienden a estar subdesarrollados en muchos países en desarrollo de bajos ingresos, el aprovisionamiento de cuidados depende de una amplia gama de factores –incluyendo el acceso al agua y a la sanidad, un ingreso decente, la protección social y salud de buena calidad y servicios educativos.

Un entorno político que reconoce y valora la atención como la base del desarrollo económico y social necesita dirigirse progresivamente al respeto de los derechos y las necesidades de aquellos que dan y reciben cuidados. El objetivo es proveer el acceso universal y asequible a los cuidados a todos aquellos que los necesiten, así como de qué manera se proporciona esta ayuda, a fin de asegurar el mayor grado de independencia, si se desea. En este escenario ideal, los cuidadores no remunerados deberían ser capaces de proveer cuidados de manera que fortalezcan el bienestar y las capacidades de aquellos a quienes atienden sin poner en peligro su propia seguridad económica. Y otorgar cuidados debe ser una opción viable, con el reconocimiento y la recompensa adecuados.

El objetivo es proporcionar cuidados universales y asequibles a todos aquellos que los necesiten

Si bien las opciones políticas concretas son específicas de los países –y los contextos- se pueden identificar numerosas prioridades, guiadas por los siguientes principios.

Invertir en infraestructura y servicios sociales básicos

La inversión en infraestructura (agua, sanidad, electricidad) en países de bajos ingresos puede incrementar significativamente la eficiencia del trabajo doméstico no remunerado. La disponibilidad de servicios sociales básicos (como la educación primaria y los cuidados médicos) fortalecen el bienestar y las capacidades de los usuarios de los servicios y reduce el tiempo que los miembros de la familia destinan a estas tareas. Y ambos tipos de inversión permiten que las personas tengan más tiempo para otras tareas, como el cuidado personal, la educación, la participación política y el trabajo remunerado.

Asegurar una fuente de ingreso adecuada y segura

Además del tiempo, el aprovisionamiento de cuidados requiere una fuente segura y adecuada de ingreso con el que acceder a los recursos (alimentos, vivienda, transporte) requeridos para un estándar de vida digna. Esto se puede lograr a través del trabajo remunerado o de transferencias sociales apropiadas, como las pensiones o las asignaciones a la

⁶⁰ Martínez Franzoni *et al.* 2009.

infancia/familia. Las últimas son particularmente importantes en contextos donde el aprovisionamiento de cuidados absorbe una cantidad significativa de tiempo.

Crear sinergias entre las transferencias sociales y los servicios sociales

Las pensiones y las asignaciones para la infancia/familia se complementan, pero no pueden reemplazar los servicios de cuidados de calidad y accesibles. El Estado tiene un importante papel que desempeñar en el financiamiento, la regulación y el aprovisionamiento de servicios de atención. Esto es cada vez más reconocido en el terreno de los cuidados infantiles donde el desafío es ampliar la cobertura de manera que reduzca las desigualdades de clase y regionales. Uno o dos años de educación preescolar obligatoria puede ser un paso efectivo en esa dirección. Los debates políticos sobre los cuidados de los ancianos, por otra parte, a menudo se centran en cuestiones financieras, como las pensiones. Mientras tanto, a menudo se niegan la necesidad de apoyo práctico para llevar a cabo actividades diarias y la demanda de cuidados físicos de largo plazo. En muchos países estos son aspectos urgentes que requieren atención política.

Aprovechar los programas existentes para cubrir las necesidades de cuidados

Los países de bajos ingresos deberían construir sobre la base de los programas de atención existentes. La ampliación de los centros de nutrición infantil a centros preescolares/educativos de calidad con mayor cobertura, o el apoyo a programas de salud en las comunidades (a través de la capacitación, y los recursos para alimentos, transporte y equipamiento médico, por ejemplo) pueden ayudar a proporcionar mejores condiciones de trabajo para los trabajadores de cuidados y mejorar la calidad de la atención que proporcionan.

Reconocer a los cuidadores y garantizar sus derechos

La evidencia emanada tanto de países desarrollados como en desarrollo muestra que derivar algunos componentes del trabajo de atención desde los hogares a los mercados o al sector público no fortalece en sí mismo el valor percibido. Tampoco cambia el hecho de que sea realizado sobre todo por mujeres. Los responsables de políticas deben liderar el cambio de una estrategia que reposa en el mercado y el aprovisionamiento voluntario del tipo más informal y explotador, a una que se nutra de formas de cuidados profesionales, pagados dignamente y compasivos. Esto requiere regulación efectiva y el monitoreo de los Estados. Las organizaciones de cuidadores y los receptores de la atención también necesitan involucrarse, a fin de construir la confianza pública en dichos servicios y mantener su financiamiento a través de la tributación general. Las organizaciones no lucrativas y las asociaciones de la sociedad civil desempeñan un papel cada vez más importante en el aprovisionamiento de servicios de atención. Es deber del Estado crear estándares claros sobre los derechos de los voluntarios (incluyendo su salud y seguridad en el trabajo y estipendios regulares) y reconocerlos como trabajadores.

Hacer el trabajo de atención más visible

En suma, los cuidados tienen aspectos importantes para el bien público, cuya contribución al crecimiento económico, el desarrollo y la cohesión social se extienden más allá del receptor individual. Por tanto, el costo de la atención debe ser distribuido de manera más equitativa

entre todos los miembros de la sociedad. A fin de incrementar el apoyo político para los cuidadores y los receptores de atención, los cuidados deben emerger del ámbito privado y convertirse en un asunto público. En este sentido, es importante hacer este trabajo más visible a través de estadísticas, así como también en debates públicos. Indicadores regulares y a tiempo, como los que son provistos por encuestas sobre el uso del tiempo, son necesarios para monitorear la efectividad política en la reducción e igualación de las cargas. Dichos indicadores, junto con una investigación a fondo de calidad, puede proveer los elementos para valorar cómo las políticas y los procesos de cambio social impactan en los cuidados.

La contribución de los cuidados al crecimiento económico, el desarrollo y la cohesión social se extiende más allá del receptor individual